

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ENFANCE : LIENS  
AVEC L'INDICE DE MASSE CORPORELLE, LE PERFECTIONNISME, LE  
SENTIMENT D'EFFICACITÉ PERSONNELLE ET LES MOQUERIES LIÉES AU  
POIDS

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

MARIE-EVE TURGEON

JANVIER 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Si aujourd'hui j'écris mes remerciements, c'est parce que j'ai bénéficié de l'appui de plusieurs personnes, qui chacune à leur façon ont contribué à l'achèvement de ce projet.

Je voudrais d'abord remercier mon directeur, le professeur Jacques Forget, pour m'avoir donnée ma chance dans son laboratoire dès mes premiers balbutiements en recherche au moment de la réalisation de ma thèse d'honneur. J'ai pu profiter pendant toutes ces années d'un encadrement exceptionnel et d'un environnement respectueux. Je serai toujours reconnaissante pour tout ce qu'il m'a appris, de ses conseils et de sa disponibilité. Je tiens particulièrement à saluer ses grandes qualités humaines qui ont été très importantes pour moi. Sincèrement, merci pour tout.

J'aimerais adresser mes remerciements aux enfants et à leurs parents pour leur participation à la recherche. Sans eux, rien n'aurait pu avoir lieu. J'ai aussi une pensée pour les enseignants et les directions des écoles participantes qui nous ont ouvert leurs portes, qui ont aménagé leur horaire et qui ont donné de leur temps. Les retombées immédiates pour les participants peuvent parfois sembler peu tangibles, alors merci de croire en la portée de la recherche.

Merci au Fonds de recherche sur la société et la culture ainsi qu'à l'Université du Québec à Montréal pour les bourses octroyées qui m'ont permis de me consacrer pleinement à mes études.

Je souhaite également souligner le travail d'Anick et de Geneviève, mes collègues du laboratoire. Elles ont accepté de former le comité d'expert qui a adapté les questionnaires de cette thèse. Merci de la patience que vous avez exprimée à mon égard. Puis, il ne faudrait pas passer sous le silence l'implication de Pier-Olivier qui a su susciter des réflexions qui ont permis d'améliorer la qualité des articles de cette thèse.

Je désire aussi souligner l'investissement de Jean Bégin, agent de recherche. Son aide concernant les statistiques fut précieuse. Il a su rendre compréhensible ce qui pouvait être pour moi incompréhensible et m'aider à garder mon sang-froid.

Un merci à tous les assistants de recherche qui se sont engagés dans le projet lors de la collecte de données. Un merci spécial à Marjolaine qui a de plus minutieusement validé l'entrée de données et qui a accepté un contrat de collaboration. J'avais confiance en toi et je pense que nous avons fait bonne équipe.

J'aimerais aussi exprimer toute ma gratitude à Dominique Tremblay et Danièle Roberge, des chercheuses qui m'ont prise sous leurs ailes, de façon saisonnière pendant mon parcours doctoral. Leur implication en lien avec cette thèse est indirecte, mais ce qu'elles m'ont apporté n'est pas moins inestimable. Elles m'ont transmis des méthodes de travail qui me seront utiles tout au cours de ma carrière. Ces femmes qui travaillent dans le domaine des pratiques exemplaires en sont elles-mêmes un modèle. Leur rigueur à la tâche et leur souci d'allier la recherche à la pratique font en sorte qu'elles sont pour moi une réelle source d'inspiration.

Je termine en remerciant du fond de mon cœur mes proches dont mes parents, leurs conjoints, ma petite soeur, Lyne et tous les autres dont je ne pourrais faire mention ici. Même si ce que représentent les études doctorales peut être vague, ils ont su être compréhensifs, m'ont encouragée, mais m'ont surtout permis de me changer les idées et de garder le cap. Mon dernier mot va à mon conjoint qui est présent depuis le début. Je lui suis au plus haut point redevable pour toute l'affection, l'aide, la patience et la flexibilité dont il a fait preuve. De tout mon cœur, merci!



## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	viii
RÉSUMÉ.....	x
CHAPITRE 1	
INTRODUCTION.....	1
1.1 Définitions et critères diagnostiques des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires.....	1
1.2 Épidémiologie.....	5
1.3 Les conséquences physiologiques des TCA à l'enfance.....	7
1.4 Les facteurs associés aux TCA.....	8
1.4.1 L'indice de masse corporelle.....	10
1.4.2 Le perfectionnisme.....	20
1.4.3 Le sentiment d'efficacité personnelle.....	26
1.4.4 Les moqueries liées au poids.....	33
1.5 Rationnel de l'étude.....	45
1.6 Objectif 1.....	47
1.7 Objectif 2.....	47
1.8 Objectif 3.....	47
1.9 Objectif 4.....	47
CHAPITRE 2	
<i>Adaptation and validation of the Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2 (Article 1)</i> .....	48
Abstract.....	49
Introduction.....	50
Method.....	51
Results.....	54
Discussion.....	55
References.....	60
Appendix.....	65

## CHAPITRE 3

## VALIDATION D'UNE SOUS-ÉCHELLE DE L'ÉCHELLE DE

*PERFECTIONNISME POSITIF ET NÉGATIF* (Article 2) ..... 69

Résumé..... 70

Validation d'une sous-échelle de l'*Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif*..... 73

Méthode..... 77

Résultats..... 81

Discussion..... 82

Références..... 88

Annexe..... 92

## CHAPITRE 4

## VALIDATION FRANCOPHONE ET QUÉBÉCOISE DE LA SOUS-

ÉCHELLE *WEIGHT-RELATED TEASING* DU *PERCEPTION OF TEASING SCALE* CHEZ LES ENFANTS (Article 3) ..... 95

Résumé..... 97

Validation francophone et québécoise de la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale* chez les enfants..... 100

Méthode..... 103

Résultats..... 107

Discussion..... 109

Références..... 114

Annexe..... 120

## CHAPITRE 5

## FACTORS RELATED TO DISORDERED EATING IN CHILDHOOD

## (Article 4)..... 125

Abstract..... 127

Factors related to disordered eating in childhood..... 128

Rational..... 133

Method..... 134

Data analysis..... 136

Results..... 137

Discussion..... 138

References.....	144
CHAPITRE 6	
DISCUSSION GÉNÉRALE.....	158
6.1 Synthèse des résultats des articles de la thèse.....	158
6.1.1 Article 1: <i>Adaptation and validation of the Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2</i> .....	158
6.1.2 Article 2 : Validation d'une sous-échelle de l' <i>Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif</i> .....	164
6.1.3 Article 3 : Validation francophone et québécoise de la sous-échelle <i>Weight-Related Teasing</i> du <i>Perception of Teasing Scale</i> chez les enfants.....	166
6.1.4 Analyses corrélationnelles présentées dans les trois premiers articles empiriques de la thèse.....	168
6.1.5 Article 4: Facteurs reliés aux troubles alimentaires à l'enfance (ang. <i>Factors related to disordered eating in childhood</i> ).....	172
6.2 Considérations cliniques.....	179
6.2.1 Dépistage des TCA à l'enfance.....	179
6.2.2 Prévention des TCA à l'enfance.....	183
6.3 Considérations méthodologiques.....	186
6.3.1 Forces.....	186
6.3.2 Limites et propositions pour les travaux de recherche futurs.....	189
APPENDICE A	
Adaptation du <i>Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F)</i> en une version pour enfants ( <i>EDRSQ-F-E</i> ).....	194
APPENDICE B	
LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT LA DIRECTION DE L'ÉCOLE POUR LA PRÉ EXPÉRIMENTATION.....	234
APPENDICE C	
LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT LA DIRECTION DE L'ÉCOLE POUR L'ÉTUDE PRINCIPALE.....	238
APPENDICE D	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PRÉ EXPÉRIMENTATION.....	242
APPENDICE E	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE PRINCIPALE.....	246
APPENDICE F	
INSTRUCTIONS DONNÉES AUX PARTICIPANTS LORS DE LA PASSATION DE L'INSTRUMENT.....	251

APPENDICE G	
FORMULAIRE DE CONFIDENTIALITÉ POUR LES ASSISTANTS DE RECHERCHE.....	253
Appendice H	
ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES REVUES.....	255
RÉFÉRENCES.....	263

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<i>AA</i>	<i>Appearance Appraisal</i>
<i>AN</i>	<i>Anorexie nerveuse</i>
<i>BISE</i>	<i>Body Image Self-Efficacy</i>
<i>BMI</i>	<i>Body mass index</i>
<i>BN</i>	<i>Boulimie nerveuse</i>
<i>BULIT</i>	<i>Bulimia Test</i>
<i>BULIT-R</i>	<i>Bulimia Test-Revised</i>
<i>CAPS</i>	<i>Child and Adolescent Perfectionism Scale</i>
<i>ChEAT</i>	<i>Children's Version of the Eating Attitudes Test</i>
<i>ChEAT-F</i>	<i>Children's Version of the Eating Attitudes Test version francophone</i>
<i>CM</i>	<i>Concern over Mistakes</i>
<i>DA</i>	<i>Doubts about Actions</i>
<i>EAT-26</i>	<i>Eating Attitude Test-26</i>
<i>EC</i>	<i>Evaluative concern's perfectionism</i>
<i>ED</i>	<i>Eating disorders</i>
<i>EDEQ</i>	<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>
<i>EDI-2</i>	<i>Eating Disorders Inventory-2</i>
<i>EDI-C</i>	<i>Eating Disorder Inventory-C</i>
<i>EDRSQ</i>	<i>Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire</i>
<i>EDRSQ-F</i> francophone	<i>Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire version francophone</i>
<i>EDSES</i>	<i>Eating Disorder Self-Efficacy Scale</i>
<i>EPPN</i>	<i>Échelle de perfectionnisme positif et négatif</i>
<i>ESE</i>	<i>Eating self-efficacy</i>
<i>F-MPS</i>	<i>Frost Multidimensional Perfectionism Scale</i>
<i>GSES</i>	<i>General Self-Efficacy Subscale</i>
<i>IMC</i>	<i>Indice de masse corporelle</i>
<i>MRFS</i>	<i>McKnight Risk Factor Survey</i>
<i>NESE</i>	<i>Normative Eating Self-Efficacy</i>
<i>NSOP</i>	<i>Negative self-oriented perfectionism</i>
<i>O</i>	<i>Organization</i>
<i>OWS</i>	<i>Overconcern with Weight and Shape</i>
<i>PARTS</i>	<i>Weight /Size Teasing du Physical Appearance Related Teasing Scale</i>
<i>PC</i>	<i>Parental Criticism</i>
<i>PE</i>	<i>Parental Expectations</i>
<i>PS</i>	<i>Personal Standards</i>
<i>PNOS</i>	<i>Perfectionnisme négatif orienté vers soi</i>
<i>POS</i>	<i>Perfectionnisme orienté vers soi</i>
<i>POTS</i>	<i>Perception of Teasing Scale</i>

PPOS	Perfectionnisme positif orienté vers soi
PSOP	<i>Positive self-oriented perfectionism</i>
PSP	Perfectionnisme socialement prescrit
SEP	Sentiment d'efficacité personnelle
SEPA	Sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation
SSES	<i>Specific Self-Efficacy Scale</i>
TCA	Trouble des conduites alimentaires
TCANS	Troubles des conduites alimentaires non spécifiés
TSC	Théorie sociale cognitive
WCB	<i>Weight Control Behavior</i>
WELS	<i>Weight Efficacy Life-Style questionnaire</i>
WT	<i>Weight-Related Teasing subscale</i>
WT-E	<i>Weight-Related Teasing subscale-Effect</i>
WT-F	<i>Weight-Related Teasing subscale-Frequency</i>

## RÉSUMÉ

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) ont longtemps été considérés comme des troubles de l'adolescence ou de l'âge adulte. Toutefois, plusieurs écrits scientifiques récents suggèrent que les enfants ne sont pas épargnés. Les attitudes et les comportements associés aux TCA à l'enfance persistent (Kotler *et al.*, 2001 ; Neumark-Sztainer *et al.*, 2009) et s'aggravent avec le temps (le Grange et Loeb, 2007 ; Sancho *et al.*, 2007). Ils sont aussi associés à de graves retentissements sur la santé physique et psychologique (Peebles, Wilson et Lock, 2006 ; Pinhas *et al.*, 2011) et sur le plan économique (Zhao et Encinosa, 2011). Leur diagnostic et leur traitement précoce favorisent néanmoins leur pronostic (Katzman *et al.*, 2000 ; Keca et Cook-Cottone, 2005 ; le Grange et Loeb, 2007 ; Rosen, 2003). L'ensemble de ces données appuie donc l'importance de s'attarder aux manifestations des TCA dès l'enfance et de soutenir les efforts en matière de dépistage et de prévention. L'élaboration de stratégies de dépistage et de prévention nécessite cependant l'identification des facteurs de risques (Agras *et al.*, 2007 ; Nicholls et Viner, 2009). En dépit des connaissances accumulées sur les TCA, leur étiologie précise demeure inconnue (Jacobi *et al.*, 2004). Qui plus est, les écrits scientifiques sur cette thématique chez les enfants sont moins exhaustifs que ceux chez les adultes. Dans ce contexte, il est alors préférable de parler de facteurs associés plutôt que de facteurs de risque. En s'inspirant des données chez les adultes et chez les adolescents, il apparaît que l'indice de masse corporelle (IMC), le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA) et les moqueries liées au poids puissent être associés aux TCA. Les études répertoriées présentent cependant des lacunes et les auteurs ne parviennent pas à un consensus quant à l'implication de ces facteurs dans l'explication des TCA. Cette confusion peut être maintenue par le fait que même si l'influence des facteurs de risque varie selon l'âge (Allen *et al.*, 2009 ; Gardner *et al.*, 2000 ; Gralen *et al.*, 1990 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001) ou selon le sexe (Gardner *et al.*, 2000 ; Keel, Fulkerson et Leon, 1997) peu de chercheurs s'attardent à ces particularités. La présente thèse vise donc à investiguer le rôle potentiel de l'IMC, du perfectionnisme, du SEPA et des moqueries liées au poids dans l'explication des attitudes et des comportements associés aux TCA chez les enfants de 6 à 9 ans. Elle vise aussi à vérifier si le sexe ou le degré scolaire ont un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les variables indépendantes. Afin de répondre à cet objectif, cette étude vise tout d'abord à adapter les questionnaires qui seront utilisés afin qu'ils conviennent à la population à l'étude. Les questionnaires sont le *Children's Version of the Eating Attitudes Test-F* (Senécal, 2010), la sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi et la sous-échelle de perfectionnisme négatif orienté vers soi de l'*Échelle de perfectionnisme positif et négatif* (Seidah, Bouffard et Vezeau, 2002), l'adaptation francophone du *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire* (EDRSQ-F; Couture *et al.*, 2010) et la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale* (Thompson *et al.*, 1995a).

Cette thèse est divisée en six chapitres. Le premier situe le lecteur par rapport à la problématique TCA à l'enfance et fait état des résultats antérieurement rapportés



quant aux rôles des facteurs sélectionnés dans l'explication des attitudes et des comportements associés aux TCA. Le rationnel de cette thèse ainsi que ses objectifs y sont également exposés. Les chapitres deux à quatre présentent les résultats des études sur l'adaptation et la validation des questionnaires. Il est à noter que l'article sur l'adaptation et la validation du *EDRSQ-F* en une version pour enfant est versé en annexe puisque nous ne sommes pas première auteure de celui-ci. Nous avons néanmoins participé à l'ensemble des étapes de la préparation de l'article. Dans l'ensemble, les données des trois autres articles d'adaptation et de validation révèlent que les questionnaires adaptés pour les enfants de 6 à 9 ans possèdent des qualités psychométriques satisfaisantes. Le chapitre cinq expose les résultats de l'étude empirique portant sur le rôle des facteurs sélectionnés dans l'explication des attitudes et des comportements associés aux TCA. Les données sont également présentées en fonction du sexe et du degré scolaire. Elles montrent que l'IMC, le perfectionnisme positif orienté vers soi (PPOS) et l'effet des moqueries liées au poids ne sont pas reliés aux attitudes et comportements caractéristiques des TCA. Puis, elles montrent que le SEPA corrèle négativement avec les attitudes et comportements des TCA tandis que le perfectionnisme négatif orienté vers soi (PNOS) corrèle positivement avec cette mesure. Le SEPA et le PNOS prédisent d'ailleurs significativement les attitudes et comportements associés aux TCA. La majorité de la variance du modèle de prédiction est expliquée par la variance unique de ces deux facteurs. Enfin, les données indiquent que le degré scolaire, mais non le sexe, a un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et comportements associés aux TCA et le PPOS ainsi que sur la relation avec le PNOS. Enfin, le chapitre six rappelle les résultats de l'ensemble de la thèse et offre des explications concernant ceux-ci. Des considérations cliniques et méthodologiques en plus d'avenues pour les recherches à venir sont formulées.

**MOTS-CLÉS :** troubles alimentaires, enfance, indice de masse corporelle, perfectionnisme, sentiment d'efficacité personnelle, moqueries liées au poids

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION

#### 1.1 Définitions et critères diagnostiques des troubles de l'alimentation et des conduites alimentaires

Jusqu'à récemment les troubles des conduites alimentaires (TCA) correspondaient selon le *Diagnostic and statistical manual of mental disorder-IV (DSM-IV-TR)* de l'American Psychiatric Association (American Psychiatric Association [APA], 2000) à deux diagnostics spécifiques soit à l'anorexie nerveuse (AN) et à la boulimie nerveuse (BN) et à un diagnostic non spécifique soit les troubles des conduites alimentaires non spécifiés (TCANS). La dernière version de ce manuel, le *DSM-5<sup>TM</sup>* (APA, 2013) reconnaît maintenant six diagnostics spécifiques à la grande catégorie des troubles de l'alimentation et des TCA (*ang. Feeding and Eating Disorders*): le pica, le mérycisme (*ang. rumination disorder*), l'évitement et la restriction alimentaire (*ang. avoidant/restrictive food intake disorder*), l'AN, la BN et l'hyperphagie (*ang. binge-eating disorder*). Ces désordres sont caractérisés par de persistantes perturbations du comportement alimentaire qui interfèrent avec la santé physique ou le fonctionnement psychosocial de la personne (APA, 2013).

Selon le *DSM-5<sup>TM</sup>*, le pica correspond à l'ingestion persistante de substances non nutritives et non alimentaires pendant une période d'au moins un mois (critère A). Cette ingestion est aussi inappropriée par rapport au stade de développement de la personne (critère B). Le comportement alimentaire ne représente pas une pratique

culturelle ou qui est socialement admise (critère C) et s'il survient exclusivement dans le contexte d'un autre trouble mental ou d'une condition médicale, il est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique additionnel (critère D).

Le mérycisme correspond à la régurgitation répétée de nourriture pendant une période d'au moins un mois (critère A). La nourriture régurgitée peut être remastiquée, réavalée ou crachée. La régurgitation répétée n'est pas attribuable à une maladie gastro-intestinale ou à une autre condition médicale (critère B). Le comportement alimentaire ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble d'AN, de BN, d'hyperphagie ou d'évitement et de restriction alimentaire (critère C). Enfin, si les symptômes surviennent exclusivement au cours d'un autre trouble mental, ils sont suffisamment sévères pour justifier un examen clinique additionnel (critère D).

L'évitement et la restriction alimentaire réfèrent à une incapacité persistante à satisfaire ses besoins nutritionnels ou énergétiques (critère A). Cette incapacité est associée à au moins un des éléments suivants : une perte de poids significative (ou chez les enfants, à une incapacité à atteindre le gain de poids attendu) (critère A1), une déficience nutritive significative (déterminée par exemple par une évaluation de la diète alimentaire, de la condition physique ou par des tests de laboratoire) (critère A2), une dépendance à l'alimentation entérale ou à des suppléments nutritionnels oraux (critère A3) ou à une interférence marquée du fonctionnement psychosocial (critère A4). Le trouble n'est pas mieux expliqué par un manque de disponibilité de nourriture ou par une pratique culturelle (critère B). Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble d'AN ou de BN et il n'y a pas d'évidence de préoccupations excessives quant au poids et à la forme du corps (critère C). Le trouble n'est pas non plus attribuable à une condition médicale ou n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental et il est suffisamment sévère pour justifier un examen clinique additionnel (critère D).

L'AN correspond à une restriction de la consommation énergétique par rapport à ce qui est requis et qui résulte à un poids corporel significativement faible selon l'âge, le sexe, la trajectoire développementale et la condition physique de la personne (critère A). Un poids corporel significativement faible se définit par un poids qui est en-dessous du poids normal ou attendu pour les enfants ou les adolescents. La personne présente soit une peur intense de prendre du poids ou de devenir grosse, soit des comportements persistants qui empêchent une prise de poids malgré un poids corporel significativement faible (critère B). Ce trouble s'accompagne d'une altération de la perception du poids corporel ou de la forme du corps, d'une influence excessive du poids corporel ou de la forme du corps sur l'estime de soi, ou d'un manque de reconnaissance de la gravité de l'état de maigreur (critère C). L'AN se divise en deux sous types soit le type restrictif (*ang. restricting type*) ou le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs (*ang. binge-eating/purging type*). Le type restrictif s'impose lorsqu'au cours des trois derniers mois, la personne n'a pas eu recours à des épisodes récurrents de crises de boulimie ou à des comportements purgatifs (ex. : vomissements provoqués, prise de laxatifs, diurétiques, ou à des lavements). La perte de poids est donc principalement le résultat d'une restriction alimentaire, d'un jeûne ou d'une pratique excessive d'exercice physique. Le type avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs s'impose lorsqu'au cours des trois derniers mois, la personne a eu recours à des épisodes récurrents de crises de boulimie ou à des comportements purgatifs. Le *DSM-5<sup>TM</sup>* fournit aussi des critères pour spécifier la sévérité du trouble en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC) de la personne (sévérité faible:  $IMC \geq 17$ ; sévérité modérée :  $IMC 16 \text{ à } 16,99$ ; sévérité sévère :  $IMC 15 \text{ à } 15,99$ ; sévérité extrême  $< 15$ ).

La BN se définit par des épisodes récurrents de crises de boulimies (critère A). Les crises de boulimie ont lieu au cours d'une période de temps limitée (ex. : une période de deux heures) où la personne ingère une quantité de nourriture définitivement plus

importante que ce que la majorité des gens consommeraient dans une période de temps et dans des circonstances similaires. Cette crise est aussi accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle (ex. : un sentiment d'incapacité à arrêter de manger ou d'incapacité à contrôler le type de nourriture et la quantité ingérée). La personne présente également des comportements compensatoires inappropriés et récurrents dans le but de prévenir une prise de poids (critère B). Les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent en moyenne au moins une fois par semaine depuis trois mois (critère C). L'estime de soi est excessivement influencée par le poids corporel et la forme du corps (critère D). Puis, le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'épisodes d'AN (critère E). Le *DSM-5<sup>TM</sup>* fournit de plus des critères pour établir la sévérité du trouble en fonction de la fréquence moyenne par semaine des comportements compensatoires inappropriés (sévérité faible : 1 à 3; sévérité modérée : 4 à 7; sévérité sévère : 8 à 13; sévérité extrême : 14 ou plus).

L'hyperphagie réfère à des épisodes récurrents de crises de boulimie (critère A). Les crises de boulimies sont associées à au moins trois des éléments suivants : manger beaucoup plus rapidement que normalement, manger jusqu'à se sentir inconfortablement plein, manger une grande quantité de nourriture en l'absence de signaux physiques de faim, manger seul parce que la personne est embarrassée de la quantité qu'elle ingère, se sentir dégoûté de soi, déprimé ou très coupable après avoir mangé (critère B). Les crises de boulimie sont marquées par une détresse importante (critère C), elles surviennent en moyenne au moins une fois par semaine depuis trois mois (critère D), elles ne sont pas associées à l'utilisation récurrente de comportements compensatoires inappropriés et elles ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble d'AN ou de BN (critère E). La sévérité de l'hyperphagie est déterminée en fonction de la fréquence moyenne par semaine des épisodes de crises de boulimie (sévérité faible : 1 à 3; sévérité modérée : 4 à 7; sévérité sévère : 8 à 13; sévérité extrême : 14 ou plus).



Enfin, le *DSM-5<sup>TM</sup>* prévoit deux autres diagnostics à la grande catégorie des troubles de l'alimentation et des TCA : les troubles de l'alimentation et des TCA spécifiés (*ang. Other Specified Feeding of Earting Disorder*) et les troubles de l'alimentation et des TCA non spécifiés (*ang. Unspecified Feeding of Eating Disorder*). Le premier diagnostic s'applique lorsque les symptômes occasionnent une détresse significative ou qu'ils interfèrent avec le fonctionnement psychosocial de la personne, mais qu'ils ne sont pas suffisants pour rencontrer l'ensemble des critères d'un des diagnostics précédemment mentionnés et lorsque le clinicien décide de préciser la raison pour laquelle le cas ne satisfait pas tous les critères. Le clinicien peut par exemple utiliser cette catégorie lorsque le patient présente tous les critères diagnostiques de l'AN, mais qu'il maintient un poids normal. Le second diagnostic s'applique lorsque le clinicien décide de ne pas préciser la raison pour laquelle le cas ne satisfait pas les critères ou lorsque l'information est insuffisante pour spécifier le diagnostic (ex. : lors d'une consultation à l'urgence d'un hôpital).

## 1.2 Épidémiologie

L'étude épidémiologique des TCA chez les enfants en est à ses débuts et elle est basée sur les critères diagnostiques du *DSM-IV-TR*. En Amérique du Nord, une seule étude rapporte l'incidence de l'AN et des TCANS et aucune ne documente l'incidence de la boulimie (BN). Selon cette étude, l'incidence combinée de l'AN et des TCANS chez les enfants de 5 à 12 ans (âge moyen= 11 ans) est de 2,6 cas par 100 000 personnes-années (Pinhas *et al.*, 2011). En Australie, chez les enfants de 5 à 13 ans (âge moyen= 12 ans) l'incidence des TCA est de 1,4 cas par 100 000 personnes-années (Madden *et al.*, 2009), au Danemark, chez les femmes de 10 à 24 ans l'incidence de l'AN est de 11,0 cas par 100 000 personnes-années et celle de la BN est de 5,5 cas par 100 000 personnes-années (Joergensen, 1992) puis au Royaume-Uni, chez les enfants de 5 à 12 ans, l'incidence de l'AN est de 1,9 cas par 100 000 personnes-années, celle de la BN est de 0,04 cas par 100 000 personnes-

années et celle des TCANS est de 1,22 cas par 100 000 personnes-années (Nicholls, Lynn et Viner, 2011).

Les TCA se manifestent typiquement au cours de l'adolescence vers un âge moyen de 15 ans (Scholtz, Hill et Lacey, 2010). Cependant, l'information disponible à ce jour suggère qu'au fil des années, leur occurrence augmente chez les enfants. En effet, le nombre d'hospitalisations pour un TCA chez les Canadiens de moins de 15 ans a augmenté de 34 % de 1987 à 1999 (Agence de la santé publique du Canada, 2002) et chez les Américains de moins de 12 ans, il a augmenté de 72 % de 1999 à 2009 (Zhao et Encinosa, 2011). Cette augmentation ne va pas sans compter d'une hausse des frais annuels afférents aux hospitalisations qui leur sont associés. Aux États-Unis, ceux-ci sont passés de 165 millions de dollars en 1999 à 277 millions en 2009 ce qui correspond à une augmentation de 68 % (Zhao et Encinosa, 2011). En Amérique du Nord, les TCA sont désormais qualifiés de problèmes d'ordre de la santé publique (McVey *et al.*, 2007 ; Swanson *et al.*, 2011). D'ailleurs, il est maintenant établi que subséquents à l'obésité et à l'asthme, les TCA occupent le troisième rang des maladies chroniques les plus fréquentes chez les adolescentes (National Eating Disorder Information Centre, 2003).

Quoiqu'il ne s'agisse pas d'études épidémiologiques, les auteurs rapportent que 7 à 11 % des préadolescents issus d'une population non clinique obtiennent un score se situant dans l'intervalle des TCA au *Children's Eating Attitude Test* (*ChEAT*; Maloney, McGuire et Daniels, 1988) (DeLeel *et al.*, 2009 ; Maloney *et al.*, 1989 ; Turgeon, Forget et Senécal, 2011). Le *ChEAT* est un outil de mesure standardisé des symptômes associés à l'AN et à la BN. Par ailleurs, 27 % des garçons et 39 % des filles de huit ans rapportent se sentir trop gros (Jacobi, Agras et Hammer, 2001) et 50 % des enfants de 8 à 13 ans désirent perdre du poids et ce pourcentage est similaire pour les deux sexes (48,3 % des garçons et 51,7 % des filles) (Schur, Sanders et Steiner, 2000). Enfin, 18 % des garçons et 19 % des filles de 8 à 12 ans ont déjà tenté



de perdre du poids (Berger, Schilke et Strauss, 2005). Non seulement cette tendance s'observe chez les filles aussi jeunes qu'à l'âge de cinq ans, où 21 % sont préoccupées par leur poids et 9 % sont insatisfaites de leur corps (Davison, Markey et Birch, 2000).

Les chiffres ci-dessus rapportés sont pour la majorité, issus de populations américaines. Bien que les enfants américains et canadiens partagent à bien des égards des caractéristiques, il est possible d'émettre l'hypothèse que les chiffres issus de ces populations soient légèrement différents. Aux États-Unis contrairement au Canada, des programmes intensifs de lutte contre l'obésité ont été instaurés au cours des dernières années (Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2013). En ce qui concerne les soins de santé, le Canada a plutôt la réputation d'être un pays en « projets pilotes perpétuels », où les projets efficaces sont rarement transformés en projets financés et durables (Bégin, Eggertson et Macdonald, 2009). Il est possible que les programmes de lutte contre l'obésité aient une influence sur les statistiques des TCA des États-Unis. Un débat s'articule autour de la possibilité que les activités de prévention contre l'obésité aient des effets adverses tels qu'augmenter le risque de stigmatisation par rapport au poids (Birken *et al.*, 2012).

### 1.3 Les conséquences physiologiques des TCA à l'enfance

Les conséquences physiologiques de la malnutrition des enfants ayant un TCA sont peu investiguées (Nicholls *et al.*, 2002). Les conséquences physiologiques des TCA chez les adultes s'appliquent également aux enfants, mais comparés à ceux-ci, les plus jeunes s'exposent à plus de complications (Rosen, 2003). Ainsi, l'IMC des enfants ayant un TCA est inférieur à celui des adolescents ayant un TCA et la perte de poids chez les enfants s'effectue plus rapidement (Peebles, Wilson et Lock, 2006). Les enfants sont plus susceptibles de présenter certains symptômes comme des nausées, des douleurs abdominales ou de la dysphagie (Rosen, 2003). La dysphagie

est un trouble de la déglutition ayant de graves répercussions cliniques comme les étouffements ou la peur de s'alimenter (Belmin *et al.*, 2003 ; Bouin, 2006). L'immaturation corporelle des enfants entraîne aussi des conséquences physiologiques qui leur sont uniques comme le ralentissement de leur croissance (Rosen, 2003). De plus, un poids inférieur à 15 % de la norme perturbe ou interrompt le processus normal de la puberté et retarde l'apparition des premières menstruations (Gowers, 2008 ; Lantzouni *et al.*, 2002). Un retard de la ménarche est un facteur de risque d'une faible densité de masse osseuse et prédispose donc à l'ostéoporose (Tunmer *et al.*, 2001).

À ce jour, les répercussions à long terme de ces changements physiologiques dus à un TCA précoce sont inconnues (Rosen, 2003). Peebles *et al.* (2006) avancent néanmoins l'idée selon laquelle un diagnostic tardif des TCA peut entraîner des séquelles délétères sur la santé physique et mentale de la personne.

#### 1.4 Les facteurs associés aux TCA

Malgré de nombreux efforts de recherche, l'étiologie précise des TCA demeure inconnue (Jacobi *et al.*, 2004). Il est par contre accepté que la source de ces troubles est multifactorielle. Les facteurs proposés sont d'origines environnementales, génétiques, physiologiques ou liés au tempérament (APA, 2013). Dans leur revue des écrits scientifiques Jacobi *et al.* (2004) classifient les facteurs de risque selon leur potentiel prédictif (élevé, modéré, faible, indéterminé). D'après les études longitudinales répertoriées, le sexe féminin, les préoccupations concernant le poids, les diètes et une image corporelle négative ainsi qu'une faible perception du support social sont des facteurs de risque ayant un potentiel prédictif élevé (Jacobi *et al.*, 2004). Un vécu de sévices sexuels, la négligence physique, l'évitement et la fuite comme stratégie d'adaptation sont des facteurs de risque ayant un potentiel prédictif modéré (Jacobi *et al.*, 2004). La consommation élevée d'alcool et la présence de

problèmes d'agressivité ou de popularité auprès des pairs sont des facteurs de risque ayant un faible potentiel prédictif (Jacobi *et al.*, 2004). L'ethnicité, un niveau d'acculturation élevé, l'âge (cependant, le potentiel prédictif d'un TCA à l'enfance est élevé pour prédire un TCA à l'adolescence), la présence d'un trouble associé (ex. : dépression, insatisfaction corporelle), une faible capacité d'introspection, une faible estime de soi, un sentiment d'inefficacité (opérationnalisé comme étant un sentiment d'impuissance général, d'insécurité, de dévalorisation et de manque de contrôle sur sa vie), des problèmes digestifs et d'alimentation (ex. : pica, manger lentement, être sélectif dans son alimentation) durant l'enfance sont des facteurs de risque dont le potentiel prédictif est indéterminé (Jacobi *et al.*, 2004). Il est à noter que la majorité des études qui portent sur les facteurs de risque des TCA adoptent un devis rétrospectif et ce type de protocole de recherche ne permet pas de déterminer si les facteurs proposés précèdent l'apparition du TCA ou en sont une conséquence (Allen *et al.*, 2009). De plus, lorsqu'il s'agit d'une étude prospective, le nombre de facteurs de risque explorés est modeste, les participants sont suivis sur de courtes périodes et le suivi ne débute souvent qu'à l'adolescence (Allen *et al.*, 2009). De surcroît, Allen *et al.* (2009) suggèrent l'idée que peu de variables sont de significatifs facteurs de risques dans plus d'un seul échantillon. Bref, le rôle des nombreux facteurs demeure flou (Jacobi *et al.*, 2004).

Des organisations nationales et internationales telles que le *National Eating Disorders Association* (National Eating Disorders Association, n.d), l'*Academy for Eating Disorders* (Academy for Eating Disorders, n.d) et le *National Institute of Mental Health* (Chavez et Insel, 2007) promeuvent la recherche sur la prévention des TCA. La prévention des troubles psychiatriques requiert cependant l'identification de facteurs de risques modifiables (Agras *et al.*, 2007 ; Nicholls et Viner, 2009). Même si l'étiologie des TCA n'est pas précisée, des études scientifiques suggèrent que l'IMC, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) et les moqueries liées au poids sont des facteurs associés aux TCA. Par ailleurs, même si

plus d'investigations sont nécessaires, le perfectionnisme (Garcia-Villamizar, Dattilo et Del Pozo, 2012 ; Wilksch, Durbridge et Wade, 2008), le SEP (Valutis *et al.*, 2009 ; Yager et O'Dea, 2008) et les moqueries liées au poids (Haines et Neumark-Sztainer, 2006 ; Haines *et al.*, 2006 ; Littleton et Ollendick, 2003) sont des facteurs parmi lesquels il apparaît possible d'agir pour accroître la prévention des TCA. Ces facteurs sont d'autant plus intéressants sachant que les programmes de prévention traditionnels, qui visent majoritairement la psychoéducation quant aux facteurs de risque des TCA, n'ont pas encore démontré leur efficacité (Fingeret *et al.*, 2006 ; Littleton et Ollendick, 2003 ; Stice, Shaw et Marti, 2007). Du moins, les données actuelles ne démontrent pas de changements évidents à l'égard des connaissances, des attitudes et de la fréquence des comportements liés aux TCA (Fingeret *et al.*, 2006), et ce, en particulier chez les enfants (Stice, Shaw et Marti, 2007).

#### 1.4.1 L'indice de masse corporelle

Dans le monde, il est estimé que 17,6 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans ont un surplus de poids (World Health Organization, 2003). Au Québec, les données indiquent que plus d'un individu sur cinq, âgé de 2 à 17 ans a un surplus de poids (Lamontagne et Hamel, 2009). Plus précisément, près de 16 % des enfants font de l'embonpoint et environ 7 % sont obèses (Lamontagne et Hamel, 2009). Des seuils internationaux pour définir l'embonpoint et l'obésité chez les enfants sont proposés par le *International Obesity Task Force* (Cole *et al.*, 2000). Les points de coupure utilisés chez les adultes pour définir l'embonpoint (IMC= 25) et l'obésité (IMC= 30) ont été extrapolés afin de créer des valeurs selon l'âge et le sexe pour les 2 à 18 ans. Le groupe a ainsi établi des courbes de centiles qui passent par les valeurs 25 et 30 pour les 2 à 18 ans. La proportion des enfants et des adolescents ayant un surplus de poids a accru de 55 % en 25 ans, passant de 15 % à 23 % entre 1978 et 2004 (Lamontagne et Hamel, 2009). La prévalence de l'embonpoint au cours de cette période est restée relativement stable, or c'est essentiellement l'augmentation du taux

d'obésité qui explique ce changement (Lamontagne et Hamel, 2009). L'obésité infantile est désormais considérée un problème épidémique (Lamontagne et Hamel, 2009 ; Lobstein, Baur et Uauy, 2004 ; World Health Organization, 2003).

Selon la métaanalyse de Stice (2002), l'IMC joue un rôle important dans la promotion des facteurs de risque des TCA, mais il n'est pas confirmé qu'il est impliqué directement dans leur développement ou leur maintien. En particulier, chez des filles de cinq ans, un IMC élevé est lié à plus d'insatisfaction corporelle, et à son tour, cette insatisfaction engendre plus de préoccupations liées au poids (Davison, Markey et Birch, 2000). Il n'y a par contre pas de lien direct entre l'IMC et les préoccupations liées au poids (Davison, Markey et Birch, 2000). Les résultats des études scientifiques répertoriées et présentées ci-dessous ne permettent pas non plus de confirmer ou d'infirmer un lien entre l'IMC et les TCA.

#### *1.4.1.1 Comparaison de l'indice de masse corporelle des personnes ayant un TCA et de celles n'ayant pas de TCA*

Certains auteurs avancent l'hypothèse selon laquelle l'IMC soit un facteur pouvant distinguer les enfants ayant un TCA des enfants n'ayant pas de TCA, mais d'autres infirment l'hypothèse. Ainsi, l'IMC des filles et des garçons de 9 à 14 ans (âge moyen=12 ans) qui rapportent s'adonner à des diètes est plus élevé que ceux qui ne s'astreignaient pas à des diètes (Field *et al.*, 2003) et l'IMC de filles de 15,8 ans qui sont insatisfaites de leur corps est plus élevé que chez celles qui ne présentent pas d'insatisfaction corporelle (Wojtowicz et Von Ranson, 2012). Burggraf (2000) avancent aussi que les filles de 10 à 13 ans ayant un IMC élevé obtiennent un score plus élevé au *ChEAT* que celles ayant un faible IMC. De surcroît, selon Sancho *et al.* (2007) l'IMC de garçons et de filles de 9 à 14 ans (âge moyen= 11,8 ans) ayant un TCA et présentant toujours un TCA deux ans plus tard, est, à chacun des temps de mesure, significativement plus élevé que l'IMC de ceux n'ayant pas de TCA (Sancho



*et al.*, 2007). Ces auteurs ne distinguent pas les TCA restrictifs des TCA compulsifs. Cette différence quant à l'IMC s'observe aussi chez des adolescents de 12 à 19 ans (Wichstrom, 2000). En effet, ceux qui présentent des caractéristiques associées aux TCA d'après 12 items du *Eating Attitude Test-26* (EAT-26; Garner *et al.*, 1982) ont, deux ans auparavant, un IMC plus élevé que ceux n'ayant pas développé de symptômes associés (Wichstrom, 2000). Il en est de même pour un groupe de filles de 12,4 ans (Killen *et al.*, 1994). Celles qui présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA ont, trois ans auparavant, un IMC plus élevé que celles n'ayant pas développé ces symptômes (Killen *et al.*, 1994). Néanmoins, d'après Killen *et al.* (1996) cette différence ne se maintient pas lors d'un suivi de quatre ans auprès de filles de 15 ans. Plus précisément, celles qui présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA ont, quatre ans auparavant, un IMC comparable à celles qui sont demeurées asymptomatiques (Killen *et al.*, 1996). Killen *et al.* (1996) et Killen *et al.* (1994) ne font pas la distinction entre les TCA de type restrictifs de ceux de type compulsifs. Erickson et Gerstle (2007) notent d'ailleurs que l'IMC ne diffère pas entre un groupe de filles de 8 à 12 ans ayant les caractéristiques des TCA et un groupe n'ayant pas ces caractéristiques. Dans le même ordre d'idée, l'IMC ne permet pas de distinguer les mangeurs sélectifs (ang. *picky eaters*) de 7,7 à 12,7 ans de ceux qui s'alimentent normalement (Jacobi, Schmitz et Agras, 2008a). De plus, d'après Edlund, Hallqvist et Sjöden (1994), les enfants de cinquième année du primaire ayant un faible IMC ont un score inférieur au *ChEAT* comparativement aux enfants de cinquième année ayant un IMC élevé ou que ceux de huitième année ayant un IMC élevé ou faible. Ainsi, selon ces données, seul en cinquième année, l'IMC permet de distinguer ceux qui présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA puisqu'en huitième année l'IMC des enfants est similaire, qu'ils présentent ou non ces attitudes et ces comportements (Edlund, Hallqvist et Sjöden, 1994). Allen *et al.* (2008) obtiennent également des résultats contradictoires. Ces auteurs évaluent à deux temps de mesure, à un intervalle d'un an, l'IMC d'enfants de 8 à 13 ans ainsi que leurs attitudes et les comportements associés aux TCA. Leur échantillon est

composé d'enfants obèses, faisant de l'embonpoint et ayant un poids normal issus de la population générale. Il est également composé d'un échantillon d'enfants obèses issus d'une population clinique. Ces derniers sont recrutés dans un hôpital et sont en attente d'un traitement pour leur obésité. Au premier temps de mesure, les données indiquent que les enfants obèses issus de la population générale et clinique rapportent plus de compulsions alimentaires (c.-à-d. consommation d'une quantité excessive de nourriture accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle) comparativement à ceux qui font de l'embonpoint ou à ceux qui ont un poids normal (Allen *et al.*, 2008). Toutefois, les enfants obèses issus de la population générale et clinique ne rapportent pas plus de consommation excessive de nourriture (c.-à-d. consommation d'une quantité excessive de nourriture sans sentiment de perte de contrôle) (Allen *et al.*, 2008). Les compulsions alimentaires et la consommation excessive de nourriture sont dans l'étude de Allen *et al.* (2008), des données autorapportées. Elles peuvent alors être biaisées par la désirabilité sociale. Les auteurs ne rapportent pas la quantité réelle de nourriture absorbée. Cette méthode aurait pu permettre de contrôler pour l'effet de la désirabilité sociale en comparant les données autorapportées à celles mesurées. Lors du suivi d'un an, seuls les enfants obèses issus de la population clinique rapportent plus de compulsions alimentaires que ceux faisant de l'embonpoint ou que ceux ayant un poids normal. Les enfants obèses issus de la population générale ne rapportent pas plus de compulsions alimentaires que ceux faisant de l'embonpoint ou que ceux ayant un poids normal. Puis, toujours au suivi d'un an, qu'ils soient issus de la population générale ou clinique, les enfants obèses rapportent plus de consommation excessive de nourriture que ceux faisant de l'embonpoint ou ayant un poids normal. Il semble alors que les compulsions alimentaires à l'enfance seraient un problème temporaire et qu'elles persisteraient seulement dans un sous-groupe particulier, soit les enfants obèses en attente d'un traitement (Allen *et al.*, 2008).



#### 1.4.1.2 L'indice de masse corporelle et les facteurs de risques associés aux TCA

Certains auteurs ont évalué les facteurs de risque associés au développement des TCA par le *McKnight Risk Factor Survey* (MRFS; Shisslak *et al.*, 1999) et leur lien avec l'IMC. Chez des adolescents de la cinquième à la dixième année, les corrélations entre les facteurs mesurés par le MRFS et l'IMC diffèrent selon le sexe (Lynch *et al.*, 2007). Pour les garçons, l'IMC corrèle positivement avec la sous-échelle *Overconcern with Weight and Shape* (OWS) (mesure les préoccupations excessives concernant le poids et la forme du corps) et avec la sous-échelle *Weight Control Behavior* (WCB) (mesure la fréquence des comportements visant la perte de poids) (Lynch *et al.*, 2007). Pour les filles, en plus, l'IMC corrèle positivement avec la sous-échelle *Appearance Appraisal* (AA) (Lynch *et al.*, 2007). En revanche, dans leur étude Sherwood *et al.* (2004) rapportent une corrélation positive entre l'IMC et les sous-échelles OWS et WCB chez des filles de 8 à 10 ans (âge moyen = 8,8 ans). D'après Shisslak *et al.* (1998) un IMC élevé chez des filles de 9 à 15 ans prédit un score élevé à la sous-échelle WCB.

#### 1.4.1.3 Corrélations entre l'indice de masse corporelle et les attitudes et comportements associés aux TCA

De multiples études rapportent une corrélation positive entre l'IMC et les attitudes et les comportements associés aux TCA. Wertheim, Koerner et Paxton (2001) évaluent les TCA à partir du *Eating Disorder Inventory* (EDI) de Garner, Olmstead et Polivy (1983). Le EDI est composé de huit sous-échelles : *Drive for Thinness* (mesure des préoccupations excessives concernant les diètes, le poids et la peur de gagner du poids), *Bulimia* (mesure des épisodes de crises de boulimie et de purge), *Body Dissatisfaction* (mesure de l'insatisfaction corporelle), *Ineffectiveness* (mesure du sentiment d'impuissance, d'insécurité, de dévalorisation et de manque de contrôle sur sa vie), *Perfectionism* (mesure de l'insatisfaction engendrée par ce qui n'est pas

parfait), *Interpersonal Distrust* (mesure de la résistance à créer des liens avec les autres), *Interoceptive Awareness* (mesure de la capacité d'un individu à discriminer entre ses sensations et ses sentiments, et entre ses sensations de faim et de satiété) et *Maturity Fears* (mesure de la crainte des exigences de la vie adulte). Les sous-échelles retenues par Wertheim, Koerner et Paxton (2001) sont *Bulimia*, *Body Dissatisfaction* et *Drive for Thinness*. Chacune de ces sous-échelles corrèlent positivement avec l'IMC de filles de septième (âge moyen= 12,82 ans), de huitième (âge moyen=13,71 ans) et de dixième année (âge moyen= 15,75 ans) (Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Boone *et al.* (2010) rapportent également que l'IMC d'individus de 12 à 15 ans (âge moyen= 13,9 ans) est positivement associé aux quatre sous-échelles (*Restraint*, *Weight Concern*, *Shape Concern* et *Eating Concern*) de la version pour enfants du *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDEQ; Decaluwé & Braet, 1999; voir Boone et al., 2010). D'autre part, l'IMC de filles de 10 à 13 ans, corrèle significativement et positivement avec leur score au *ChEAT* (Burggraf, 2000), celui d'enfants de 9 à 14 ans, corrèle positivement avec les préoccupations liées au poids et avec les comportements de diètes (Field *et al.*, 2001) et enfin celui de filles de 15,8 ans corrèle positivement avec l'insatisfaction corporelle ainsi qu'avec l'insatisfaction corporelle mesurée lors d'un suivi d'un an (Wojtowicz et Von Ranson, 2012).

Enfin, contrairement à ces auteurs, selon Jacobi, Agras et Hammer (2001) l'IMC d'enfants de huit ans, n'est pas associé aux comportements de diète (ex. : éviter un repas pour perdre du poids, faire de l'exercice pour perdre du poids). Puisque les auteurs ne fournissent pas la méthode utilisée pour obtenir la mesure de l'IMC, il est difficile d'expliquer ce résultat. Il est par contre à noter que les auteurs ont exclu de leur étude, les comportements de types boulimiques (compulsions alimentaires et purges), ce qui n'exclut pas la possibilité qu'il puisse exister un lien entre l'IMC et ces comportements.

#### 1.4.1.4 L'indice de masse corporelle et la prédiction des TCA

Certains auteurs proposent pourtant l'idée que l'IMC soit un facteur pouvant prédire les TCA. Entre autres, d'après une étude prospective, l'occurrence d'un trouble d'AN chez les femmes adultes est prédite par un faible IMC entre 12 et 16 ans et entre 14 et 18 ans (Tryka *et al.*, 2002). Selon Deleel (2007), un IMC élevé chez des filles de neuf ans, prédit significativement le score au *ChEAT* à dix ans. De plus, l'IMC de filles de 10 à 13 ans corrèle positivement avec leur score au *ChEAT* 16 mois plus tard (Burggraf, 2000). Quoique la variance unique de l'IMC au temps 1 n'explique pas significativement le score au *ChEAT* lors de ce suivi de 16 mois (Burggraf, 2000). Pour leur part, Wojtowicz et Von Ranson (2012) démontrent que l'IMC de filles de 15,8 ans prédit l'insatisfaction corporelle mesurée un an plus tard et que la contribution unique de cet indice dans le modèle de prédiction est significative.

Toutefois, d'autres auteurs indiquent que l'IMC ne prédit pas les attitudes et les comportements associés aux TCA. Ainsi, selon Parkinson *et al.* (2012) l'IMC d'enfants de neuf ans ne prédit pas significativement leur score au *ChEAT*. Selon Tremblay et Lariviere (2009) l'IMC d'enfants de neuf ans et d'adolescents de 13 à 16 ans ne permet pas non plus de prédire le désir de contrôler ou de perdre du poids, la fréquence des comportements visant le contrôle ou la perte de poids ou la fréquence d'utilisation de stratégies visant le contrôle ou la perte de poids. De plus, l'IMC d'enfants de 8 à 13 ans ne prédit pas les compulsions alimentaires (c.-à-d. consommation d'une quantité excessive de nourriture accompagnée d'un sentiment de perte de contrôle) ni la consommation excessive de nourriture (c.-à-d. consommation d'une quantité excessive de nourriture sans sentiment de perte de contrôle) (Allen *et al.*, 2008). Allen *et al.* (2008) ajoutent que l'IMC mesuré un an auparavant ne permet pas non plus de prédire les compulsions alimentaires ni la consommation excessive de nourriture. Ensuite, Nicholls et Viner (2009)

mentionnent que l'IMC mesuré à dix ans ne prédit pas significativement l'occurrence d'un trouble d'AN avant l'âge de 30 ans.

#### 1.4.1.4.1 L'indice de masse corporelle et la prédiction des TCA selon l'âge ou le sexe

D'autres auteurs parviennent, quant à eux, à des résultats qui divergent selon l'âge ou le sexe. En ce qui concerne l'âge, Allen *et al.* (2009) montrent que l'IMC des enfants calculé à 1 an, prédit les TCA à 14 ans tels que mesurés par le *Child Eating Disorder Examination* (Bryant-Waugh *et al.*, 1996), mais non l'IMC calculé à 2, 3, 5, 8, 10 ou 14 ans. D'après les données de ces mêmes auteurs, la perception des parents du poids de leur enfant est un meilleur prédicteur des TCA à 14 ans que le poids réel de l'enfant. Plus précisément, les parents dont les enfants répondent partiellement ou complètement aux critères diagnostiques d'un TCA à 14 ans sont plus susceptibles que les autres parents à surestimer à 8 et 10 ans le poids de leur enfant ayant un poids normal (c-à-d de classer les enfants ayant un poids normal dans la catégorie des enfants ayant un surpoids) et moins susceptibles que les autres parents à sous-estimer le poids de leur enfant en surpoids (Allen *et al.*, 2009). Ceci dit, la perception du parent que l'enfant a un surplus de poids à 8 et 10 ans permet selon ces auteurs de mieux expliquer l'étiologie des TCA. Parallèlement, Gardner *et al.* (2000) mentionnent que le poids en percentile calculé à 7, 13 et 14 ans prédit les attitudes et les comportements associés aux TCA à 14 ans, mais non le poids en percentile calculé à 6 ans ou celui calculé de 8 à 12 ans. Ces auteurs rapportent les données pour le poids en percentile puisque l'IMC calculé de 6 à 12 ans ne prédit pas les comportements et attitudes associés aux TCA à 14 ans (Gardner *et al.*, 2000). Il est étonnant de constater que l'IMC ne prédit pas les caractéristiques des TCA mais que le poids en percentile prédit à certains âges ces caractéristiques. Les courbes de percentiles représentent l'évolution du poids/de la taille en fonction de l'âge dans une population générale normale. Même si le poids en percentile à 7 ans prédit les caractéristiques des TCA à 14, c'est à 13 et à 14 ans que cette variable devient un

prédicteur plus important. Ceci peut refléter la tendance des plus âgés à se comparer aux autres lorsqu'ils jugent leur corps. Selon Westerberg, Edlund et Ghaderi (2008), l'IMC d'enfants 11 et de 15 ans corrèle positivement avec le score au *ChEAT* obtenu lors d'un suivi de deux ans. Cependant, seul l'IMC des enfants de 11 ans prédit significativement et positivement le score au *ChEAT* lors de ce suivi (Westerberg, Edlund et Ghaderi, 2008). Wertheim, Koerner et Paxton (2001) se sont plutôt attardés à trois groupes d'âge, soit à des filles de septième (âge moyen= 12,82 ans), de huitième (âge moyen=13,71 ans) et de dixième année (âge moyen= 15,75 ans). L'IMC de ces trois groupes prédit positivement leur score à la sous-échelle *Body Dissatisfaction*. Cependant, l'IMC de celles de septième année prédit en plus leur score à la sous-échelle *Drive for Thinness* (Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). L'IMC de ces trois groupes ne prédit pas leur score à la sous-échelle *Bulimia*. Les auteurs ont également vérifié la capacité de l'IMC au temps 1 à prédire le score sur ces sous-échelles des TCA huit mois plus tard. Seul pour les filles de septième année, l'IMC au temps 1, prédit négativement leur score à la sous-échelle *Bulimia* (Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Ensuite, selon Lunner *et al.* (2000), l'IMC de Suédoises de 14,3 ans, d'Australiennes de 12,8 ans et d'Australiennes de 13,7 ans prédit positivement leur score à la sous-échelle *Body Dissatisfaction*. Pour les Australiennes de 12,8 ans, les auteurs notent aussi que leur IMC prédit positivement leur score à la sous-échelle *Drive for Thinness* (Lunner *et al.*, 2000).

D'après quelques auteurs, la capacité de l'IMC à prédire les TCA diffère plutôt en fonction du sexe. Ainsi, lorsque mesuré en cinquième et en sixième année, l'IMC des filles corrèle positivement avec le score au *EAT-26* obtenu l'année suivante, mais il n'en est pas le même pour les garçons (Keel, Fulkerson et Leon, 1997). De même, seulement pour les filles, leurs IMC mesurés à 11 et à 13 ans corrélaient positivement avec leur score au *ChEAT* à 15 ans (Ferreiro, Seoane et Senra, 2012). Ensuite, chez des garçons et des filles de 9, 12 et 14 ans, la valeur absolue du poids pour les garçons et le poids en percentile pour les filles prédisent les comportements et les

attitudes alimentaires associés aux TCA (Gardner *et al.*, 2000). D'ailleurs, sur un suivi de deux ans, une hausse de l'IMC entre 6 et 8 ans, entre 9 et 11 ans et entre 12 et 14 prédit significativement les TCA chez les garçons, mais non chez les filles (Gardner *et al.*, 2000). Chez ces dernières, c'est la mesure du gain de poids transformée en percentile qui prédit significativement les TCA deux ans plus tard (Gardner *et al.*, 2000).

Enfin, Jacobi, Schmitz et Agras (2008b) observent une interaction entre l'âge, le sexe et l'IMC dans la prédiction des TCA. Ces auteurs mesurent les symptômes liés aux TCA à partir de quatre sous-échelles du *Inventory for Assessment of Eating Behavior and Weight Problems in Children* (Diehl, 1999; voir Jacobi, Schmitz et Agras, 2008b) chez des garçons et des filles de 8 à 12 ans. Les sous-échelles retenues sont le *Eating and weight as a problem* (ex. : penser fréquemment que son poids est trop élevé, se sentir coupable de manger), *Restrained eating* (ex. : éviter de manger certains aliments parce qu'ils sont engraisants, manger moins que désiré afin de ne pas prendre de poids), *Fear of weight gain* (ex. : être très effrayé par l'idée de gagner du poids, être effrayé par l'idée d'être obèse) et *Body dissatisfaction* (ex. : penser que son ventre, ses cuisses sont trop gros). Les filles plus âgées, soit de 10,8 ans à 12 ans, et ayant un surplus de poids ont un score plus élevé à la sous-échelle *Eating and weight as a problem* ainsi qu'à la sous-échelle *Body dissatisfaction* que les garçons et les filles plus jeunes, soit de 8 à 10,7 ans (Jacobi, Schmitz et Agras, 2008b). Également, indépendamment de leur sexe, les enfants plus âgés et ayant un surplus de poids ont un score plus élevé à la sous-échelle *Restrained eating* que les enfants plus jeunes et ayant un surplus de poids (Jacobi, Schmitz et Agras, 2008b).

Somme toute, en dépit de la masse des études accumulées sur le lien entre l'IMC et les TCA, l'évidence d'une relation demeure encore hypothétique. La plupart des auteurs qui étudient ce lien ne font pas la distinction entre les TCA de types restrictifs de ceux de types boulimiques. Ainsi, il est possible de croire que l'absence de



consensus soit expliquée par cette lacune méthodologique. Les liens entre les TCA et l'IMC pourraient se manifester différemment en fonction des tendances restrictives ou boulimiques de la personne. De plus, mise à part Allen *et al.* (2009) le lien entre l'IMC et les TCA n'est investigué que chez les enfants de huit ans et plus et majoritairement chez une population féminine.

#### 1.4.2 Le perfectionnisme

Les écrits scientifiques relatent diverses tentatives ayant pour but de définir le concept de perfectionnisme, mais malgré leurs efforts, les auteurs ne parviennent pas à un consensus. La complexité de cette tâche est expliquée par les multiples dimensions auxquelles fait référence le perfectionnisme (Shafran, Cooper et Fairburn, 2002). La quantité importante d'instruments de mesure du perfectionnisme qui chacun, évaluent différentes dimensions expose bien cette réalité. Flett et Hewitt (2002) proposent une définition large du perfectionnisme comme étant l'aspiration pour la perfection. Du point de vue clinique, Shafran, Cooper et Fairburn (2002) proposent qu'il correspond à la poursuite de standards élevés imposés par la personne elle-même, dans au moins un domaine, malgré les conséquences négatives qui en découlent. Selon la métaanalyse de Stice (2002) chez les adultes, le perfectionnisme est un facteur de risque associé à la BN et un facteur de maintien des TCA. Halmi *et al.* (2012) indiquent aussi qu'un diagnostic d'AN à vie est associé positivement à une mesure rétrospective des traits perfectionnistes durant l'enfance. Southgate *et al.* (2008) montrent d'ailleurs que comparativement à un groupe témoin, les femmes ayant un diagnostic d'AN ou de BN rapportent, en rétrospective, significativement plus de traits perfectionnistes durant leur l'enfance. Toujours selon une mesure rétrospective des facteurs de risque associés aux TCA, la présence de comportements et de cognitions associés au perfectionnisme avant 18 ans et avant l'apparition des symptômes des TCA, augmente de 1,13 fois le risque de développer un trouble d'AN à l'âge adulte (Kim *et al.*, 2010). De plus, selon une étude prospective, l'occurrence



d'un trouble d'AN chez les femmes à l'âge adulte est prédite par la présence de traits perfectionnistes qui se manifestent entre 12 et 16 ans et entre 14 et 18 ans, mais l'occurrence d'un trouble de BN ne peut être prédite ainsi (Tryka *et al.*, 2002). Les écrits scientifiques exposant le lien entre le perfectionnisme et les TCA chez les enfants est néanmoins limitée.

#### *1.4.2.1 Le perfectionnisme orienté vers soi ou socialement prescrit et les TCA*

Turgeon, Forget et Senécal (2011) ont exploré le lien entre le perfectionnisme négatif socialement prescrit et les TCA chez les garçons et les filles âgés de 8 à 13 ans. Les auteurs se réfèrent à l'Échelle de perfectionnisme positif et négatif (EPPN; Seidah, Bouffard et Vezeau, 2002). En plus de distinguer le perfectionnisme orienté vers soi (POS) (standards excessivement élevés imposés par la personne elle-même) du perfectionnisme socialement prescrit (PSP) (croyance selon laquelle les autres exigent la perfection de soi), cette échelle discrimine le perfectionnisme positif (recherche de conséquences positives) du perfectionnisme négatif (évitement de conséquences négatives) (Terry-Short *et al.*, 1995a). Selon Turgeon, Forget et Senécal (2011), le perfectionnisme négatif socialement prescrit n'est pas associé aux TCA chez les enfants. Cette étude est la seule à avoir examiné le lien entre le perfectionnisme et les TCA chez une population aussi jeune. D'autres auteurs ont cependant vérifié ce lien chez des enfants plus âgés et chez des adolescents. Notamment, chez des adolescentes de 15,8 ans, Wojtowicz et Von Ranson (2012) mesurent le perfectionnisme à l'aide du *Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)* (Flett & Hewitt, 1990; voir Wojtowicz *et al.* 2012). Le *CAPS* comprend une sous-échelle correspondant au POS et une seconde correspondant au PSP. Wojtowicz et Von Ranson (2012) ne rapportent cependant que le score total du questionnaire. Selon leurs données, le perfectionnisme corrèle positivement avec l'insatisfaction corporelle. De plus, le score moyen de perfectionnisme de celles qui sont insatisfaites de leur corps est plus élevé que le score moyen de celles qui ne présentent pas d'insatisfaction corporelle

(Wojtowicz et Von Ranson, 2012). Ensuite, chez des adolescentes de 15 ans ayant un diagnostic d'AN, tant le POS que le PSP corrélaient positivement avec les attitudes et les comportements associés aux TCA (Castro *et al.*, 2004). Il est à noter que la corrélation du POS est toutefois supérieure à celle du PSP (Castro *et al.*, 2004). En revanche, selon McVey *et al.* (2002) seul un haut niveau de POS prédit significativement les caractéristiques associées à la BN et à l'AN chez des filles de 13 ans. Ce résultat est congruent avec celui de Castro-Fornieles *et al.* (2007) où le POS prédit les TCA chez un groupe de participantes âgées de 10 à 31 ans. Malgré tout, l'apport du POS dans la prédiction des TCA n'est que de deux pourcent (McVey *et al.*, 2002). De plus, comparativement à la population générale, les filles de 15 ans ayant un diagnostic d'AN ont un niveau de POS significativement supérieur, sans que leur score sur la mesure de PSP ne puisse les distinguer de la population générale (Castro *et al.*, 2004). Si bien que le POS distingue celles ayant un diagnostic d'AN ou de BN de celles présentant un trouble dépressif, anxieux ou d'adaptation, sans que ce ne soit le cas pour le PSP (Castro-Fornieles *et al.*, 2007). Cela dit, il semble que le POS soit une dimension plus spécifique aux TCA que le PSP.

D'ailleurs, selon le modèle théorique cognitivo comportemental de l'AN proposé par Fairburn, Shafran et Cooper (1999), la caractéristique centrale de l'AN est le besoin de contrôle que s'impose la personne elle-même. Le POS semble alors plus congruent à ce modèle que le PSP. Le modèle intégratif des symptômes boulimiques de Tissot et Crowther (2008) appuie également l'implication majeure du POS dans l'explication des symptômes boulimiques et de l'insatisfaction corporelle. Premièrement, le POS agit comme médiateur sur la relation entre le PSP et l'internalisation de la minceur. Deuxièmement, le POS et l'internalisation de la minceur agissent comme médiateurs sur la relation entre le PSP et l'insatisfaction corporelle. Troisièmement, l'insatisfaction corporelle agit comme médiateur sur la relation entre l'internalisation de la minceur et les symptômes boulimiques. Par conséquent, les idéaux prescrits socialement (PSP) n'entraînent pas nécessairement

une internalisation de la minceur à moins que la personne n'ait intégré ces idéaux (POS) (Tissot et Crowther, 2008). En d'autres mots, le fait de tenter d'atteindre la perfection en croyant que ces standards sont imposés par les autres (PSP) n'est pas suffisant pour mener à une internalisation de la minceur, à l'insatisfaction corporelle et au développement de symptômes boulimiques (Tissot et Crowther, 2008). La personne doit s'imposer des standards élevés (POS) et dans le processus, elle doit internaliser l'idéal de la minceur ce qui subséquemment conduit à l'insatisfaction corporelle et aux symptômes boulimiques (Tissot et Crowther, 2008).

McVey *et al.* (2004) ont pour leur part évalué l'efficacité d'un programme d'intervention ayant pour but d'améliorer la satisfaction de l'image corporelle, l'estime de soi et de réduire le niveau de POS, de PSP et les comportements et des attitudes associés aux TCA auprès d'un groupe de filles de 12 ans. Les scores moyens aux sous-échelles *Dieting* et *Bulimia* du *ChEAT* ainsi que les scores moyens de POS et de PSP sont significativement moins élevés après l'intervention et lors des suivis de 6 et 12 mois comparativement au niveau de base (McVey *et al.*, 2004). Ces résultats suggèrent qu'une réduction de la fréquence des attitudes et des comportements associés aux TCA s'observe parallèlement à une réduction du niveau de perfectionnisme, mais ils ne permettent pas de conclure qu'il existe un lien de causalité entre ces facteurs.

#### 1.4.2.2 Le perfectionnisme selon ses différentes dimensions et les TCA

Comme rapporté précédemment, le perfectionnisme est un construit multidimensionnel, et la diversité des instruments disponibles dégage cette réalité. Ainsi, Boone *et al.* (2010) mesurent auprès d'un échantillon d'adolescents de 12 à 15 ans (âge moyen = 13,9 ans) différents aspects du perfectionnisme par l'intermédiaire du *Frost Multidimensional Perfectionism Scale (F-MPS)* (Frost, Lahart, & Rosenblate, 1991). Le *F-MPS* est composé de six sous-échelles mesurant chacune un aspect du

perfectionnisme: *Concern over Mistakes (CM)* (réagir négativement aux erreurs, interpréter les erreurs comment équivalent à un échec et craindre de perdre le respect d'autrui après un échec), *Doubts about Actions (DA)* (douter de la qualité de ses performances), *Personal Standards (PS)* (établissement de normes très élevées et importance excessive accordée à ces normes élevées), *Parental Expectations (PE)* (percevoir que l'un de ses parents a des attentes élevées envers soi), *Parental Criticism (PC)* (percevoir l'un de ses parents comme étant excessivement critique) et *Organization (O)* (important besoin d'ordre et d'organisation). Les sous-échelles retenues par Boone et al. (2010) sont la sous-échelle *CM*, *DA* et *PS*. Boone et al. (2010) regroupent les sous-échelles *CM* et *DA* afin de constituer un facteur qui mesure les auto-évaluations négatives (ang. *Evaluative concern's perfectionism (EC)*). Il rapportent que le facteur *EC* et la sous-échelle *PS* corrèlent positivement avec les attitudes et les comportements associés aux TCA (Boone et al., 2010). Toutefois, seul un score élevé au facteur *EC* prédit significativement les attitudes et les comportements des TCA (Boone et al., 2010). De plus, les auteurs catégorisent les adolescents selon quatre groupes, dépendamment de leur niveau de perfectionnisme : perfectionnisme maladaptatif (score élevé au facteur *EC* et à la sous-échelle *PS*), pur perfectionnisme évaluatif (score élevé au facteur *EC* et score modéré à la sous-échelle *PS*), perfectionnisme adaptatif (score modéré au facteur *EC* et élevé à la sous-échelle *PS*) et non perfectionniste (faible score au facteur *EC* et à la sous-échelle *PS*). Les participants du groupe perfectionnisme maladaptatif présentent significativement plus d'attitudes et de comportements associés aux TCA que les trois autres groupes (Boone et al., 2010). De plus, le groupe de perfectionnisme adaptatif ne diffère pas du groupe non perfectionniste en regard de leurs attitudes et de leurs comportements associés aux TCA (Boone et al., 2010). Il semble alors que la sous-échelle *PS* seule ne soit pas liée aux TCA, mais qu'elle puisse agir comme facteur aggravant lorsqu'elle est combinée au facteur *EC* (Boone et al., 2010).

Ensuite, afin de vérifier l'efficacité de deux programmes d'intervention visant la réduction des symptômes associés aux TCA chez des adolescentes de 15 ans, Wilksch, Durbridge et Wade (2008) ont aussi utilisé les sous-échelles *CM* et *PS* du *F-MPS*. Un premier groupe est attribué à l'intervention visant le perfectionnisme, un second est attribué à l'intervention visant la réduction de l'internalisation des idéaux sociaux à l'égard du poids et de l'apparence et le troisième réfère au groupe témoin. Chacun de ces trois groupes inclut des participants ayant un faible risque de présenter un TCA (ceux qui présentent peu de préoccupations concernant le poids et le corps au temps 1) ou ayant un risque élevé de présenter un TCA (ceux qui présentent des préoccupations concernant le poids et le corps au temps 1 à un niveau cliniquement significatif). Après l'expérimentation, le groupe recevant l'intervention ciblant le perfectionnisme présente un score significativement inférieur à la sous-échelle *CM* comparativement au groupe témoin uniquement et il présente un score significativement inférieur à la sous-échelle *PS* comparativement au groupe recevant l'intervention ciblant l'internalisation des idéaux uniquement (Wilksch, Durbridge et Wade, 2008). Lors du suivi de trois mois, celles recevant l'intervention ciblant le perfectionnisme et qui présentaient un risque élevé de TCA lors du niveau de base, ont un score significativement inférieur à la sous-échelle *CM* comparativement à celles ayant un risque élevé de présenter un TCA et attribués au groupe ciblant l'internalisation des idéaux sociaux et comparativement au groupe témoin ayant un risque élevé de présenter un TCA (Wilksch, Durbridge et Wade, 2008). Également, lors du suivi de trois mois, les adolescentes attribuées à l'intervention ciblant le perfectionnisme et qui ont un faible risque de présenter un TCA ont un score significativement inférieur à la sous-échelle *CM* que celles attribuées au groupe témoin et ayant un faible risque de présenter un TCA (Wilksch, Durbridge et Wade, 2008). En contrepartie, malgré que les mesures du perfectionnisme varient entre les groupes et dans le temps, la mesure des TCA ne diffère pas significativement selon ces conditions (Wilksch, Durbridge et Wade, 2008). Pour leur part, Westerberg, Edlund et Ghaderi (2008) mesurent le perfectionnisme avec la sous-échelle *Perfectionism* du



*Eating Disorder Inventory-C (EDI-C)*. Le *EDI-C* est la version non publiée et adaptée pour les enfants et les adolescents de la sous-échelle *Perfectionism* du *Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2)* (Garner, 1991; voir Berman, 2006a). Le score à la sous-échelle *Perfectionism* d'enfants de 11 ans, ne corrèle pas avec le score au *ChEAT* obtenu deux ans plus tard (Westerberg, Edlund et Ghaderi, 2008). Cependant, pour les enfants de 13 ans, leur score sur cette sous-échelle corrèle positivement avec leur score au *ChEAT* obtenu lors de ce suivi, mais il ne prédit pas le score au *ChEAT* (Westerberg, Edlund et Ghaderi, 2008). Contrairement à ces données, Ferreiro, Seoane et Senra (2012) soulignent plutôt que le score de garçons et de filles à la sous-échelle *Perfectionism* du *EDI-2* obtenu à 11 ans ainsi que celui obtenu à 13 ans corrèle significativement avec le score au *ChEAT* mesuré à 15 ans.

En résumé, un certain consensus semble émerger des écrits scientifiques quant au lien entre le perfectionnisme et les TCA. Toutefois, mise à part Turgeon, Forget et Senécal (2011) qui s'intéressent à des enfants âgés de 8 à 13 ans, les études sur cette thématique sont généralement réalisées auprès d'adolescents et elles sont de plus, majoritairement limitées aux populations de sexe féminin. L'absence jusqu'à tout récemment d'instruments pour mesurer le perfectionnisme chez les enfants peut expliquer pourquoi peu d'auteurs se sont intéressés au perfectionnisme chez les plus jeunes.

#### 1.4.3 Le sentiment d'efficacité personnelle

Bandura (1977) définit le sentiment d'efficacité personnelle (SEP) comme étant la croyance qu'a un individu à l'égard de sa capacité à réaliser une tâche donnée ou d'affronter efficacement une situation d'adversité précise. La théorie du SEP fait partie d'un cadre théorique plus large : la théorie sociale cognitive (TSC). L'ampleur du SEP dépend de l'estimation de la personne quant aux exigences requises pour effectuer la tâche, des ressources qu'elle possède ou qu'elle croit posséder et de son



habileté à utiliser efficacement ces ressources (Bouffard-Bouchard, Parent et Larivee, 1991). Le SEP est alors fonction du jugement de la personne; de ce qu'elle pense pouvoir réaliser dépendamment de ses connaissances et de ses compétences dans une situation précise, et non en fonction de ses connaissances et compétences réelles (Grégoire, Bouffard et Cardinal, 2000). Bandura (1977) avance d'ailleurs que le SEP est un processus cognitif et l'un des principaux mécanismes régulateurs du comportement. L'ampleur du SEP détermine si un changement de comportement est initié, combien d'effort est dévoué pour une tâche et pendant combien de temps cet effort est maintenu (Bandura, 1977). Autrement dit, un faible SEP minimise les accomplissements tandis qu'un SEP élevé favorise les accomplissements (Bandura, 1977).

Or, le SEP est un déterminant important des changements et du maintien des comportements reliés à la santé. Un SEP élevé est généralement associé à une perte de poids plus importante (Bas et Donmez, 2009 ; Dennis et Goldberg, 1996 ; Linde *et al.*, 2006 ; Presnell *et al.*, 2008), à une plus grande pratique d'exercice physique (Booth *et al.*, 2000 ; Leslie *et al.*, 1999 ; Trost *et al.*, 1999) et à la cessation du tabagisme (Badr et Moody, 2005 ; Gwaltney *et al.*, 2009 ; Strecher *et al.*, 1986).

Berman (2006a) propose l'hypothèse selon laquelle les sentiments d'inefficacité, d'incompétence ou de manque de contrôle sur sa vie sont des construits reliés à une faible estime. Malgré que l'estime de soi est un construit à multiples facettes qui intègre le SEP (Tafarodi et Milne, 2002), le SEP s'en distingue puisqu'il est spécifique à un domaine (Bandura, 1977). C'est dans cette optique, que pour le domaine des TCA, Berman (2006a) suggère d'étudier le SEP spécifique à l'alimentation : le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA) (*ang. eating self efficacy*). Le SEPA réfère à la croyance de la personne en sa capacité à adopter des habitudes alimentaires qui ne sont pas empreintes de manifestations des TCA. Enfin, étant donné que les TCA résultent entre autres d'une

interaction entre des facteurs personnels et environnementaux il apparaît que la TSC, qui met l'accent sur ces mêmes facteurs, soit une avenue appropriée pour explorer les TCA.

#### 1.4.3.1 Le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation et les TCA

Quelques auteurs ont regardé le lien entre le SEPA et les TCA. Berman (2006a) évalue le SEPA par le *Weight Efficacy Life-Style questionnaire (WELS*; Clark *et al.*, 1991) et les attitudes et les comportements associés aux TCA à partir des huit sous-échelles du *EDI* chez des adultes (âge moyen= 26,8 ans). Le *WELS* est composé de cinq sous-échelles : *Negative Emotions* (ex. : je peux résister de manger lorsque je suis anxieux), *Availability* (ex. : je peux contrôler mon alimentation les fins de semaines), *Social Pressure* (ex. : je peux résister de manger lorsque je dois dire « non » aux autres), *Physical Discomfort* (ex. : je peux résister de manger lorsque je me sens inconfortable) et *Positive Activities* (ex. : je peux résister de manger lorsque je regarde la télévision). Le *WELS* mesure ainsi la confiance d'un individu en ses habiletés à résister de manger lors de conditions physiques, psychologiques et sociales distinctes (ex. : *I can resist eating when I have experienced failure*) (Berman, 2006a ; Clark *et al.*, 1991). Malgré que les cinq dimensions du SEPA mesurées par le *WELS* corrèlent négativement avec différentes sous-échelles du *EDI*, il n'y a que la sous-échelle *Bulimia* qui corrèle négativement avec l'ensemble des cinq sous-échelles du *WELS*. De plus, que deux sous-échelles du *WELS* (*Negative Emotions* et *Availability*) prédisent significativement les symptômes associés aux TCA. Ainsi, un faible score à la sous-échelle *Negative Emotions* prédit un score plus élevé à la sous-échelle *Bulimia* (Berman, 2006a). Également, être de sexe féminin et présenter un faible score à la sous-échelle *Negative Emotions* prédit un score élevé à la sous-échelle *Drive for Thinness* (Berman, 2006a). Pour ce qui est de la deuxième dimension, un faible score à la sous-échelle *Availability* prédit un score plus élevé à la sous-échelle *Ineffectiveness* (Berman, 2006a). De surcroît, Clark *et al.* (2000)

avancent l'idée que le score total au *WELS* de femmes obèses qui présentent des crises de boulimie est significativement inférieur au score de celles qui ne présentant pas de telles crises. Lorsque chacune des sous-échelles sont examinées, une différence significative entre les deux groupes est observée pour les sous-échelles *Negative Emotions*, *Physical Discomfort* et *Positive Activities* (Clark *et al.*, 2000). Dans le cas de femmes âgées de 17 à 25 ans (âge moyen= 18,6 ans) Cain *et al.* (2008) utilisent la sous-échelle *General Self-Efficacy Subscale (GSES)* du *Self-Efficacy Scale* (Sherer *et al.*, 1982). Le *GSES* est une mesure globale du SEP, mais les auteurs l'adaptent aux domaines des TCA afin de mesurer le SEPA. Ils évaluent aussi les crises de boulimie par la sous-échelle *Bulimia* du *EDI* et la tendance à faire des diètes par la sous-échelle *Cognitive restraint subscale* du *Three-Factor Eating Questionnaire* (Stunkard et Messick, 1985). Cain *et al.* (2008) rapportent une corrélation négative entre le SEPA et la sous-échelle *Bulimia*, mais une absence de corrélation entre le SEPA et la sous-échelle *cognitive restraint subscale*.

D'autres auteurs mesurent plutôt le SEPA à l'aide du *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ)* (Pinto *et al.*, 2006). Le *EDRSQ* comprend deux sous-échelles : *Normative Eating Self-Efficacy (NESE)* et *Body Image Self-Efficacy (BISE)*. La sous-échelle *NESE* évalue la confiance en ses capacités à adopter des habitudes alimentaires saines sans être anxieux ou avoir recours à des restrictions, à des compulsions, à des purges ou à la pratique d'activité physique de façon excessive. La sous-échelle *BISE* évalue la confiance en ses capacités à maintenir une image corporelle réaliste qui n'est pas imprégnée par une recherche malsaine de minceur. Couture *et al.* (2010) s'intéressent à une population non clinique de femmes âgées en moyenne de 21,8 ans. Les chercheurs utilisent les sous-échelles *Drive for Thinness*, *Body Dissatisfaction*, *Maturity Fear* et *Ineffectiveness* du *EDI-2* et chacune d'entre elles corrélaient négativement avec les deux sous-échelles de la version francophone du *EDRSQ (EDRSQ-F)* (Couture *et al.*, 2010). De plus, les deux sous-échelles du *EDRSQ-F* corrélaient négativement avec le score total du *EAT-26* (Couture *et al.*,

2010). Pinto et al. (2006) et Pinto et al. (2008) s'intéressent plutôt à des femmes issues d'une population clinique et ayant respectivement 25,5 et 26,3 ans. Ces auteurs se réfèrent aux sous-échelles *Drive for Thinness* et *Body Dissatisfaction* du *EDI-2*, lesquelles corrèlent négativement avec celles du *EDRSQ* (Pinto et al., 2006 ; Pinto et al., 2008). Pinto et al. (2006) ajoutent la sous-échelle *Maturity Fear* du *EDI-2*, et celle-ci corrèle également négativement avec le *NESE* et le *BISE*. Par ailleurs, des femmes de 41,2 ans et ayant un diagnostic de TCA ont un score significativement plus faible sur la sous-échelle *BISE* que des femmes n'ayant pas de tel diagnostic (Czarlinski, Aase et Jason, 2012). Le score sur la sous-échelle *NESE* de celles qui ont un diagnostic des TCA est également inférieur à celui des autres femmes, mais cette différence n'est pas significative (Czarlinski, Aase et Jason, 2012). Pour leur part, Ackard et al. (2011) vérifient si le nombre de comportements purgatifs (aucun, un ou deux et plus) adoptés par des femmes de 20,8 ans ayant un diagnostic des TCA a une influence sur leur SEPA. Il apparaît que les scores sur les sous-échelles *NESE* et *BISE* décroissent avec l'augmentation du nombre de comportements purgatifs (Ackard et al., 2011).

#### 1.4.3.2 *Le sentiment d'efficacité personnelle, le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation et les symptômes boulimiques*

Sans évaluer nécessairement l'ensemble des attitudes et des comportements caractéristiques des TCA, certains auteurs évaluent le lien entre les symptômes boulimiques et le SEP ou le SEPA. Ainsi, Bennett, Spoth et Borgen (1991) s'attardent aux adolescents âgés de 13 à 19 ans. Plus ces derniers ont un faible SEP (mesuré par la sous-échelle *GSES*) et un faible SEPA (mesuré par le *Specific Self-Efficacy Scale* (*SSES*; Bennett, Spoth et Borgen, 1991)), plus ils présentent de symptômes boulimiques (mesurés par le *Bulimia Test* (*BULIT*; Smith et Thelen, 1984)). Il n'en reste pas moins que comparativement à la corrélation entre SEP et les symptômes boulimiques, celle entre le SEPA et les symptômes boulimiques est plus forte

(Bennett, Spoth et Borgen, 1991). De plus, seul le SEPA prédit significativement les symptômes boulimiques, contribuant à 40 % de la variance (Bennett, Spoth et Borgen, 1991). Chez des femmes de 18 à 49 ans (âge moyen = 26,9 ans), Yenason (2001) se penche sur le lien entre les symptômes boulimiques mesurés par le *BULIT-R* de Thelen *et al.* (1991) et le SEPA mesuré par le *Eating Disorder Self-Efficacy Scale* (*EDSES*; Wagner, Halmi et Maguire, 1987). Deux sous-échelles du *EDSES* sont sélectionnées soit le *Eating subscale* (mesure la confiance qu'on les individus en leur habileté à manger sans faire de compulsions alimentaires lorsque de la nourriture typiquement associée aux compulsions est consommée) et *Eating without purging subscale* (mesure la confiance qu'on les individus en leur habileté à éviter les comportements purgatifs lorsque de la nourriture typiquement associée aux compulsions est consommée). Cet auteur précise que seul le score au *Eating subscale* prédit significativement la fréquence des compulsions alimentaires et contribue ainsi à 20 % de la variance (Yenason, 2001). En effet, plus le score au *Eating subscale* est faible, plus la fréquence des compulsions est élevée (Yenason, 2001). Puis, seul le score au *Eating without purging subscale* prédit significativement la fréquence des purges et contribue à 10 % de la variance (Yenason, 2001). Il s'ensuit que, plus le score au *Eating without purging subscale* est faible, plus la fréquence des purges est élevée (Yenason, 2001). Dans le même ordre d'idée, les données de Dolhanty (2005) suggèrent que l'influence du SEPA sur un comportement alimentaire est spécifique à un comportement cible. En effet chez des femmes de 28,1 ans, une hausse du SEP spécifique aux compulsions alimentaires (c.-à-d. la confiance d'un individu à ne pas faire de compulsions alimentaires dans diverses situations communément considérées comme étant à risque pour ceux ayant un TCA) est associée à une réduction de la fréquence des compulsions alimentaires, mais il n'est pas associé à une réduction de la fréquence des vomissements provoqués (Dolhanty, 2005). Pour leur part, Goodrick *et al.* (1999) évaluent le SEPA par le *Dieter's Inventory of Eating Temptations* (Schlundt et Zimering, 1988). Ils s'intéressent à des femmes obèses de 25 à 50 ans (âge moyen = 41 ans) qui présentent des crises de boulimie et qui participent à un



programme de perte de poids. Ils observent qu'une réduction de la sévérité des crises de boulimie est associée à une augmentation du SEPA (Goodrick *et al.*, 1999).

Enfin, d'autres auteurs tentent de produire des modèles explicatifs des symptômes boulimiques qui intègrent le SEP ou le SEPA. Ainsi, selon le modèle explicatif des symptômes boulimiques de Bardone-Cone *et al.* (2006), un niveau de perfectionnisme élevé, combiné à un faible SEP et à une perception de soi comme étant obèse prédit significativement une hausse de la fréquence des crises de boulimie chez des filles de 17 à 25 ans (âge moyen= 18 ans et 7 mois). Toutefois, cette équation ne contribue qu'à expliquer 1 % de la variance et elle ne permet pas de prédire les comportements compensatoires (tant les comportements purgatifs tels que les vomissements provoqués ou l'utilisation de laxatifs que les non purgatifs tels que jeûner ou utiliser des pilules amincissantes) (Bardone-Cone *et al.*, 2006). De plus, puisque l'interaction entre le SEP et les crises de boulimie est bidirectionnelle il n'est pas possible de déterminer si un faible SEP constitue un prédicteur ou une conséquence des crises de boulimie (Bardone-Cone *et al.*, 2006). Pour leur part, Cain *et al.* (2008) examinent comment le perfectionnisme, le SEP et le niveau de stress dans des domaines spécifiques (dans les domaines de l'apparence, interpersonnel ou académique) interagissent pour prédire les comportements de diète ou les crises de boulimie chez des femmes de 17 à 25 ans (âge moyen= 18,6 ans). Selon ce modèle, un haut niveau de perfectionnisme dans le domaine interpersonnel combiné à un haut niveau de stress interpersonnel, à un faible SEP dans le domaine interpersonnel et à un haut niveau de SEP dans le domaine de l'apparence physique prédit significativement les comportements de diètes (Cain *et al.*, 2008). Aucune interaction ne prédit cependant significativement les crises de boulimie (Cain *et al.*, 2008).

En somme, les résultats des études empiriques supportent l'hypothèse selon laquelle le SEPA et les attitudes et les comportements associés aux TCA sont liés. Tout compte fait, aucun auteur n'a regardé le lien entre le SEPA et les TCA chez les



enfants, tous ont regardé ce lien chez les adultes sauf Bennett, Spoth et Borgen (1991) qui se sont attardé à des adolescents. De surcroît, les études recensées portent majoritairement sur la population féminine ainsi que sur des populations présentant un profil boulimique.

#### 1.4.4 Les moqueries liées au poids

Les moqueries sont une forme de victimisation par les pairs qui impliquent des comportements verbaux ou non verbaux et qui combinent des éléments d'agression, d'humour et d'ambiguïté (Shapiro, Baumeister et Kessler, 1991). Les moqueries peuvent cibler divers aspects de la personne (ex. : performance, vie scolaire, contexte familial, apparence physique) (Storch *et al.*, 2004), mais elles visent plus fréquemment l'apparence physique de la victime (Mooney *et al.*, 1991) et particulièrement son poids corporel (Cash, 1995).

Ce type de victimisation qui focalise sur le poids est associé à plus de perturbations du fonctionnement psychologique que les moqueries liées à l'apparence générale (Thompson *et al.*, 1991). Chez les enfants et les adolescents, être l'objet de moqueries liées à son poids est associé à une variété de problèmes psychologiques, dont à la dépression (Eisenberg, Neumark-Sztainer et Story, 2003 ; Keery *et al.*, 2005 ; Libbey *et al.*, 2008), à une faible estime de soi (Eisenberg, Neumark-Sztainer et Story, 2003 ; Keery *et al.*, 2005 ; Libbey *et al.*, 2008), à l'anxiété (Libbey *et al.*, 2008), à une moindre qualité de vie (Jensen et Steele, 2012), à l'idéation suicidaire et aux tentatives de suicide (Eisenberg, Neumark-Sztainer et Story, 2003) et à l'insatisfaction corporelle (Eisenberg, Neumark-Sztainer et Story, 2003 ; Keery *et al.*, 2005 ; Lunner *et al.*, 2000 ; McCormack *et al.*, 2011 ; Thompson *et al.*, 1995b ; Wojtowicz et Von Ranson, 2012). Qui plus est, les moqueries liées au poids à l'enfance peuvent entraîner des conséquences qui se font ressentir à l'âge adulte (Gleason, Alexander et Somers, 2000 ; Jackson, Grilo et Masheb, 2000 ; McLaren *et*

*al.*, 2004 ; Rosenberger *et al.*, 2007 ; Taylor *et al.*, 2006 ; Thompson *et al.*, 1991). Parmi ces conséquences, on note notamment une faible estime de soi, plus de symptômes dépressifs et d'insatisfaction corporelle (Jackson, Grilo et Masheb, 2000 ; Rosenberger *et al.*, 2007 ; Taylor *et al.*, 2006 ; Thompson *et al.*, 1991).

L'occurrence des moqueries liées au poids chez les enfants et les adolescents est élevée et elles sont dirigées tant à ceux ayant un poids normal qu'à ceux ayant un surplus de poids (Hayden-Wade *et al.*, 2005 ; van den Berg *et al.*, 2008). Certes, les individus ayant un surplus de poids en sont davantage victime (Hayden-Wade *et al.*, 2005 ; van den Berg *et al.*, 2008). De ce fait, 35 % des adolescentes et 25 % des adolescents de 14,9 ans ayant un poids normal sont victimes de moqueries en regard de leur poids contre, 48 % des adolescentes et 38 % des adolescents ayant un surplus de poids (van den Berg *et al.*, 2008). L'écart est encore plus marqué lorsque la fréquence des moqueries liées au poids de ceux ayant un poids normal est comparée à celle observée chez ceux qui sont obèses. Il s'agit alors de 66 % des adolescentes et 64 % des adolescents obèses qui sont victimes de moqueries par rapport à leur poids (van den Berg *et al.*, 2008). Chez les enfants de 10 à 14 ans, ce patron est similaire puisque ceux ayant un surplus de poids (78 %) sont davantage la cible de moqueries en regard de leur poids que ceux du même âge ayant un poids normal (37 %) (Hayden-Wade *et al.*, 2005). Ensuite, même si Haines *et al.* (2013) ne rapportent pas la fréquence des moqueries liées au poids chez ceux ayant un poids normal, ils indiquent que 40 % des filles et 37 % des garçons de 12,8 ans qui ont un surplus de poids sont victimes de moqueries liées à leur poids, ce qui témoigne aussi de l'ampleur du phénomène.

#### *1.4.4.1 La fréquence des moqueries liées au poids et les TCA*

Hayden-Wade *et al.* (2005) s'intéressent aux moqueries liées au poids chez des enfants de 10 à 14 ans ayant un surplus de poids. Ils utilisent la sous-échelle *Weight-*

*Related Teasing (WT)* du *Perception of Teasing Scale (POTS)* (Thompson *et al.*, 1995a). Chacun des items de cette sous-échelle se divisent en deux sous-items afin de mesurer la fréquence (*WT-F*) (1= jamais, 5= très souvent) et l'effet (*WT-E*) (1= pas de peine, 5= beaucoup de peine) des moqueries. Le *POTS* est une mesure rétrospective des moqueries où la personne répond en fonction de la période où elle avait entre 5 et 16 ans. Les attitudes et les comportements associés aux TCA sont évalués par les sous-échelles *Bulimia* et *Body Dissatisfaction* du *EDI-C*. Le score à la sous-échelle *POTS-WT-F* corrèle positivement avec celui à la sous-échelle *Bulimia*, mais non avec celui à la sous-échelle *Body Dissatisfaction* (Hayden-Wade *et al.*, 2005). Toutefois, la sous-échelle *POTS-WT-F* ne prédit pas le score à la sous-échelle *Bulimia* (Hayden-Wade *et al.*, 2005). Contrairement à Hayden-Wade *et al.* (2005), Lopez-Guimera *et al.* (2012) observent chez des individus de 12 à 17 ans (âge moyen= 14,3 ans) une corrélation significative et positive entre le score à la sous-échelle *POTS-WT-F* et celui à la sous-échelle *Body Dissatisfaction*. Ils rapportent de plus une corrélation positive entre le score à la sous-échelle *POTS-WT-F* et celui à la sous-échelle *Drive for Thinness* ainsi qu'avec le score total du *ChEAT* (Lopez-Guimera *et al.*, 2012). Il est à noter que ces auteurs ont préalablement traduit le *POTS* en castillan et qu'ils l'ont adapté pour des individus de 12 à 17 ans. Dans cette version du questionnaire, l'individu doit répondre en fonction des cinq dernières années. Pour leur part, Wertheim, Koerner et Paxton (2001) ajoutent que le score au *POTS-WT-F* de filles de septième (âge moyen= 12,82 ans), de huitième (âge moyen=13,71 ans) et de dixième année (âge moyen= 15,75 ans) corrèle positivement avec les sous-échelles *Bulimia*, *Body Dissatisfaction* et *Drive for Thinness*. Libbey *et al.* (2008) rapportent quant à eux que le score d'individus de 12 à 20 ans (âge moyen= 15,2 ans) à une version modifiée du *POTS-WT-F* est positivement associé à leur score aux sept items du *EDEQ* (*Afraid of losing control while eating, Eating in secret, Number of binges, Number of times felt loss of control while eating, Number of times binged and felt loss of control, Importance of thinness, Weight/shape influence self-assessment*). De plus, ils indiquent que ceux qui ont un score élevé sur

le *POTS-WT-F*, ont 1,80 fois plus de risque de présenter des crises de boulimie sévères (Libbey *et al.*, 2008). Les crises de boulimie sévères sont identifiées chez les participants qui mentionnent au cours du dernier mois avoir eu huit crises de boulimies ou plus accompagnées d'un sentiment de perte de contrôle (Libbey *et al.*, 2008). Dans un même ordre d'idée, chez des filles de 10 à 15 ans (âge moyen = 12,5 ans) Suisman *et al.* (2008) rapportent que le *POTS-WT-F* corrèle positivement avec les crises de boulimie et qu'il les prédit également. Ces auteurs précisent cependant que la relation entre les moqueries liées au poids et les crises de boulimie est partiellement médiée par les affects négatifs (ex. : peur, frustration).

#### 1.4.4.1.1 La fréquence des moqueries liées au poids et les TCA selon le sexe ou l'âge

D'autres auteurs vérifient pour leur part l'influence du sexe ou de l'âge sur la relation entre les moqueries liées au poids et les TCA. Dans le cadre d'une étude longitudinale, Gardner *et al.* (2000) observent notamment une différence selon le sexe. Ainsi, chez des enfants de 9, 12 et 14 ans, seul pour les garçons, un score élevé à la sous-échelle *POTS-WT-F* prédit les TCA mesurés par le *ChEAT* (Gardner *et al.*, 2000). Ces auteurs observent aussi une différence en fonction de l'âge. Ainsi, les scores à la sous-échelle *POTS-WT-F* à 6, 12 et 14 ans prédisent les TCA, mais non les scores calculés de 7 à 11 ans ni celui calculé à 13 ans. Plus spécifiquement, la perception d'avoir été taquiné à six ans prédit significativement, mais modérément les attitudes et les comportements associés aux TCA, mais à 12 et à 14 ans, cette perception devient un prédicteur important des TCA (Gardner *et al.*, 2000). Étonnamment, d'un point de vue longitudinal, une hausse du score à la sous-échelle *POTS-WT-F* entre 6 et 8 ans, entre 9 et 11 ans et entre 12 et 14 ans prédit significativement moins de comportements et d'attitudes associés aux TCA (Gardner *et al.*, 2000). Cette observation n'est cependant valable que pour les filles (Gardner *et al.*, 2000). Il est surprenant de constater que seulement pour les garçons, la fréquence des moqueries liées au poids prédit les caractéristiques des TCA, alors que plusieurs

autres études rapportent que ce facteur est associé aux TCA chez les filles (Gardner *et al.*, 2000). Gardner *et al.* (2000) expliquent leurs résultats divergents en avançant que les études sur le sujet incluent typiquement des enfants plus âgés que ceux compris dans leur échantillon. Ils notent aussi d'après leurs données que les moqueries liées au poids sont un meilleur prédicteur des TCA lorsque les garçons sont plus jeunes (6 ans). Ainsi, ils avancent l'idée selon laquelle chez les plus jeunes, les moqueries liées au poids seraient un facteur plus critique pour les garçons que les filles.

Ensuite, Wertheim, Koerner et Paxton (2001) s'attardent à trois groupes d'âge, soit à des filles de septième (âge moyen= 12,82 ans), de huitième (âge moyen=13,71 ans) et de dixième année (âge moyen= 15,75 ans). Le score au *POTS-WT-F* des filles de huitième et de dixième année, prédit positivement leur score aux sous-échelles *Bulimia* et *Body Dissatisfaction*, mais il ne prédit pas leur score à la sous-échelle *Drive for Thinness* du *EDI* (Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). En ce qui concerne les filles de septième année, leur score au *POTS-WT-F* ne prédit aucune de ces sous-échelles des TCA. Ces auteurs ont de plus vérifié la capacité du score au *POTS-WT-F* au temps 1 à prédire le score sur ces sous-échelles des TCA huit mois plus tard. Cette fois-ci, seul le score au *POTS-WT-F* des filles de septième année prédit négativement leur score à la sous-échelle *Bulimia* (Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Lunner *et al.* (2000) utilisent également les sous-échelles *Body Dissatisfaction* et *Drive for Thinness* du *EDI* et s'intéressent à trois groupes de filles : des Suédoises de 14,3 ans, des Australiennes de 12,8 ans et des Australiennes de 13,7 ans. Ils soulignent que pour tous les groupes, le score au *POTS-WT-F* prédit positivement le score à la sous-échelle *Body Dissatisfaction* (Lunner *et al.*, 2000). Cependant, seul le score au *POTS-WT-F* des Australiennes de 12,8 ans prédit positivement leur score à la sous-échelle *Drive for Thinness* (Lunner *et al.*, 2000).

Puis, Thompson *et al.* (1995b) proposent trois modèles de prédiction des TCA qui incluent entre autres un facteur correspondant aux moqueries liées au poids. Le

premier modèle est évalué auprès de filles de 10 à 15 ans. Afin de créer un facteur correspondant aux moqueries liées au poids, les auteurs combinent le score à la sous-échelle *Weight/Size Teasing* du *Physical Appearance Related Teasing Scale* (*PARTS*; Thompson *et al.*, 1991) avec celui évaluant la fréquence des moqueries et avec celui évaluant l'effet des moqueries. Afin de créer un facteur correspondant aux TCA, ils regroupent les sous-échelles *Drive for Thinness* du *EDI* et *Dieting* du *EAT-26*. Puis, afin d'obtenir un facteur correspondant à l'image corporelle, ils combinent le score à la sous-échelle *Body Dissatisfaction* du *EDI* à celui au *Body figure ratings scale* (Fallon & Rozin, 1985; voir Thompson *et al.*, 1995b). Selon ce modèle, les moqueries liées au poids sont positivement reliées aux TCA et négativement reliées à l'image corporelle (Thompson *et al.*, 1995b). Ce modèle est réévalué trois ans plus tard auprès de la même population alors que les participantes sont maintenant âgées de 13 à 18 ans (âge moyen = 15,3 ans), mais celui-ci diverge quelque peu. Les auteurs mesurent maintenant les moqueries uniquement par le score total au *PARTS*. Le *PARTS* comprend une sous-échelle évaluant les moqueries liées au poids et une seconde évaluant celles reliées à l'apparence physique générale (ex. : habillement, dentition, chevelure). Le facteur moqueries n'est donc plus spécifique aux moqueries reliées au poids. Le facteur correspondant à l'image corporelle combine désormais le score au *Self-Image Questionnaire For Young Adolescents* (*SIQYA*; Petersen, Schulenberg, Abramowitz, Offer, & Jarcho, 1983; voir Thompson *et al.*, 1995b) et celui au *Body Dissatisfaction* du *EDI*. Puis, le facteur correspondant aux TCA est composé des scores aux sous-échelles *Drive for Thinness* du *EDI* et *Bulimia* du *EDI*. Si au premier temps de mesure les TCA (évalués par la sous-échelle *Drive for Thinness* du *EDI* et *Dieting* du *EAT-26*), sont associés aux moqueries, trois ans plus tard, la sous-échelle *Drive for Thinness* n'est plus associée aux moqueries (Thompson *et al.*, 1995b). La sous-échelle *Bulimia* du *EDI* n'est d'ailleurs pas non plus liée aux moqueries (Thompson *et al.*, 1995b). Pour ce qui est de l'image corporelle, celle-ci est négativement liée aux moqueries (Thompson *et al.*, 1995b). Enfin, Thompson *et al.* (1995b) proposent un troisième modèle qu'ils évaluent auprès de filles de 13 à 18



ans (âge moyen= 16 ans) et ils distinguent cette fois-ci, les attitudes et comportements alimentaires restrictifs de ceux associés à la boulimie. Le facteur correspondant aux TCA restrictifs combine le score à la sous-échelle *Drive for Thinness* du *EDI*, et celui à la sous-échelle *Dieting* du *EAT-26*. Le facteur correspondant aux TCA boulimiques, combine le score à la sous-échelle *Bulimia* du *EDI*, celui à la sous-échelle *Food Preoccupation* du *EAT-26* et celui à la sous-échelle *Binge* du *BULIT*. Puis le facteur correspondant aux moqueries combine le score total au *PARTS* avec celui à une question unique évaluant la fréquence des moqueries. Le modèle indique que les moqueries ne sont pas liées aux TCA restrictifs, mais qu'elles sont positivement liées aux TCA boulimiques (Thompson *et al.*, 1995b). Enfin, Tremblay et Lariviere (2009) s'attardent aux commentaires négatifs au sujet du poids exprimé par l'entourage des enfants selon l'âge de ces derniers. Il apparaît que les commentaires négatifs de l'entourage au sujet du poids prédisent positivement le désir de contrôle ou perte du poids des enfants de neuf ans (Tremblay et Lariviere, 2009). Chez les adolescents de 13 à 16 ans, les commentaires de l'entourage ne prédisent cependant pas ces désirs (Tremblay et Lariviere, 2009). Toutefois, ni pour les enfants de neuf ans et ni pour les adolescents de 13 à 16 ans, les commentaires négatifs de l'entourage en regard du poids ne prédisent significativement la fréquence des comportements visant le contrôle ou la perte de poids ni la fréquence de l'utilisation de stratégies visant le contrôle ou la perte de poids (Tremblay et Lariviere, 2009).

Les résultats ci-dessus rapportés ne permettent pas de tirer des conclusions claires quant à l'influence du sexe ou de l'âge sur la relation entre les moqueries liées au poids et les attitudes et les comportements associés aux TCA. Les divergences des résultats entre les études peuvent être attribuables à diverses sources. Premièrement, les instruments utilisés varient entre les études. Ainsi, les caractéristiques des TCA sont parfois évaluées avec le *ChEAT* et parfois avec des sous-échelles sélectionnées du *EDI*. Deuxièmement, les moqueries liées au poids sont quant à elles souvent mesurées par le *POTS-WT*, mais ce questionnaire mesure rétrospectivement les

moqueries vécues entre 5 et 16 ans alors que les échantillons des études rapportées sont composés d'enfants ou de jeunes adolescents. Les auteurs ne précisent pas s'ils ont fait des adaptations au *POTS-WT*, afin qu'il convienne à leur population et encore moins qu'elles ont été ces adaptations. Ces variations possibles quant à la forme du *POTS-WT* qui a été administrée peuvent aussi contribuer à la difficulté de comparer les résultats des études et à la difficulté de parvenir à un consensus.

#### 1.4.4.1.2 La fréquence des moqueries liées au poids et les TCA selon les sources des moqueries

Quelques auteurs s'intéressent aux différentes sources des moqueries liées au poids et leur lien avec les TCA. McCormack *et al.* (2011) distinguent les moqueries par rapport au poids provenant des pairs de celles provenant d'un membre de la famille chez les garçons et les filles de 11 à 12 ans (âge moyen= 11,2 ans). Ainsi, les enfants qui sont victimes de moqueries de la part de leurs pairs rapportent plus d'insatisfaction corporelle que ceux qui ne sont pas visés par leurs pairs (McCormack *et al.*, 2011). Il en est de même en ce qui concerne les enfants qui sont victime de moqueries de la part d'un membre de leur famille (McCormack *et al.*, 2011). De plus, les garçons et les filles de 14,9 ans ayant un surplus de poids, qui sont victimes de moqueries par rapport à leur poids de la part de leurs pairs ou d'un membre de leur famille rapportent significativement plus de comportements malsains visant la perte de poids (ex. : jeûner, manger très lentement, prendre des pilules amincissantes, des laxatifs, des diurétiques, se faire vomir, utiliser des substituts alimentaires) que ceux qui ne sont pas victime de moqueries (Neumark-Sztainer *et al.*, 2002). Qui plus est, les filles qui sont victimes de moqueries de la part de leurs pairs ou leur famille rapportent plus de compulsions alimentaires que celles qui ne sont pas victimes de telles moqueries (Neumark-Sztainer *et al.*, 2002). Cependant, pour les garçons, peu importe la source des moqueries (des pairs ou de la famille), la fréquence des

compulsions alimentaires ne diffère pas entre ceux qui sont victimes de moqueries et ceux qui n'en sont pas victime (Neumark-Sztainer *et al.*, 2002).

Ensuite, d'autres auteurs s'intéressent à la fois aux différentes sources de moqueries et à leur capacité à prédire les TCA. Ainsi, chez des filles de 13,2 ans, la fréquence des moqueries liées au poids provenant des amis ne permet pas de prédire le score au *ChEAT* (Levine, Smolak et Hayden, 1994). Cependant, une fréquence élevée de moqueries liées au poids provenant de la famille prédit le score au *ChEAT* (Levine, Smolak et Hayden, 1994). Il est possible qu'à cet âge, la famille soit un repère plus important que les amis, lesquels le deviendraient à l'adolescence. Pourtant selon Neumark-Sztainer *et al.* (2009) chez les adolescents ayant un surplus de poids, les moqueries liées au poids provenant de la famille ou des amis à 12,7 ans ne prédisent pas l'occurrence des crises de boulimie ni les comportements de contrôle extrême du poids à 17,3 ans tant pour les filles que les garçons. Ces résultats corroborent avec ceux de Kim *et al.* (2010) où selon une mesure rétrospective, la présence de moqueries liées au poids avant 18 ans et avant l'apparition des symptômes des TCA ne prédit pas le développement d'un trouble d'AN à l'âge adulte.

Quant à eux Keery *et al.* (2005) distinguent les moqueries provenant des parents de celles provenant des frères ou des sœurs chez les filles de 11 à 15 ans (âge moyen = 12,6 ans). Les moqueries provenant des parents sont rapportées sur la sous-échelle *WT-F* du *POTS* et celles provenant des frères et des sœurs sont rapportées en indiquant à quel degré, leur frère ou leur sœur dit ou fait des choses blessantes à propos de leur apparence. Quatre sous-échelles du *EDI* sont utilisées soit la sous-échelle *Body Dissatisfaction*, *Drive for Thinness*, *Bulimia* et *Perfectionism*. Les moqueries perpétrées par la mère ne prédisent pas le score sur ces sous-échelles, mais celles provenant du père, expliquent significativement le score sur ces sous-échelles sauf pour la sous-échelle *Perfectionism* (Keery *et al.*, 2005). D'ailleurs, un père qui taquine son enfant par rapport à son poids accroît la probabilité que les frères ou les

sœurs taquinent l'enfant (Keery *et al.*, 2005). De plus, les filles qui ont un frère ou une sœur qui les taquinent au sujet de leur poids ont un score plus élevé sur l'ensemble des sous-échelles du *EDI* à l'exception de la sous-échelle *Perfectionism* (Keery *et al.*, 2005). L'influence des moqueries sur les attitudes et comportements associés aux TCA dépend aussi de l'âge et du sexe de la fratrie. En effet, les filles qui sont la cible de moqueries d'un frère plus âgé indiquent un score plus élevé aux sous-échelles *Body Disatisfaction*, *Drive for Thinness* et *Bulimia*. Tandis que celles qui sont la cible de moqueries d'une sœur plus âgée ont un score plus élevé qu'à la sous-échelle *Body Disatisfaction* (Keery *et al.*, 2005). Ensuite, être la cible de moqueries d'un frère plus jeune, n'a pas d'influence sur le score de ces sous-échelles, mais être la cible de moqueries de la part d'une sœur plus jeune est associé positivement au score à la sous-échelle *Body Disatisfaction* (Keery *et al.*, 2005).

Pour leur part, Libbey *et al.* (2008) s'intéressent au nombre des sources de moqueries (ex. : ne pas être la cible de moqueries, être la cible de moqueries de la part des pairs ou de la famille, être cible de moqueries de la part des pairs et de la famille) et à leur influence sur les TCA. Ainsi, plus les garçons et les filles de 12 à 20 ans (âge moyen = 15,2 ans) sont exposés à différentes sources de moqueries, plus leur score à quatre des sept items du *EDEQ* sélectionnés est élevé (*Afraid of losing control while eating*, *Eaten in secret*, *Number of times binged and felt loss of control*, *Weight/shape influence self-assessment*) (Libbey *et al.*, 2008).

#### 1.4.4.2 L'effet des moqueries liées au poids et les TCA

Contrairement aux données qui concernent la fréquence des moqueries, celles qui concernent leur effet sont peu rapportées dans les écrits scientifiques. Aucune étude conduite chez les enfants ne rapporte un lien entre l'effet des moqueries et les TCA. Toutefois, McCormack *et al.* (2011) mettent en relation l'effet des moqueries et l'insatisfaction corporelle chez des garçons et des filles de 11 à 12 ans (âge moyen =

11,2 ans). Selon ces auteurs, les enfants qui rapportent ressentir de la détresse parce que leurs pairs se moquent d'eux par rapport à leur poids présentent plus d'insatisfaction corporelle que ceux qui ne sont pas la cible de moqueries (McCormack *et al.*, 2011). En revanche, ceux qui rapportent ressentir de la détresse parce qu'un membre de leur famille se moque d'eux par rapport à leur poids ne présentent pas plus d'insatisfaction corporelle que ceux qui ne sont pas la cible de moqueries de la part d'un membre de leur famille (McCormack *et al.*, 2011). Pour leur part, Libbey *et al.* (2008) mettent en relation les moqueries liées au poids avec les TCA dans le cadre d'une étude réalisée auprès de garçons et de filles de 12 à 20 ans (âge moyen= 15,2 ans). L'effet des moqueries est évalué à l'aide d'une version modifiée du *POTS-WT-E* et les auteurs s'intéressent à celles perpétrées par les pairs et à celles perpétrées par les membres de la famille. Ainsi plus les enfants rapportent ressentir de la détresse à cause de moqueries perpétrées par leurs pairs, plus leur score à trois des sept items du *EDEQ* est élevé (*Number of times felt loss of control while eating, Importance of thinness, Weight/shape influence self-assessment*) (Libbey *et al.*, 2008). De surcroît, plus ils rapportent ressentir de la détresse à cause de moqueries perpétrées par un membre de leur famille, plus leur score à deux items des sept du *EDEQ* est élevé (*Importance of thinness, Weight/shape influence self-assessment*) (Libbey *et al.*, 2008). Ensuite, d'après Thompson *et al.* (1995a) le score au *POTS-WT-E* de femmes corrèle positivement avec celui des sous-échelles *Body Dissatisfaction, Drive for Thinness* et *Bulimia* du *EDI*. Enfin, parmi des femmes de 18 à 26 ans (âge moyen= 19,7 ans), celles qui rapportent avoir eu au cours de leur vie un diagnostic des TCA, ont un score plus élevé au *POTS-WT-E* que celles sans historique de diagnostic de TCA (Quick, McWilliams et Byrd-Bredbenner, 2013).

#### 1.4.4.3 L'influence à long terme des moqueries liées au poids

D'autres auteurs s'intéressent plutôt aux moqueries liées au poids à l'enfance et à leur influence sur les TCA à l'âge adulte. Ainsi, les femmes de 42,9 ans en attente d'une

chirurgie bariatrique qui rapportent avoir été modérément ou sévèrement victimes de moqueries par rapport à leur poids durant leur enfance, présentent à l'âge adulte un score plus élevé à deux des quatre sous-échelles du *EDEQ* (*Weight Concerns*, *Shape Concerns*) que celles qui n'ont pas été victimes de moqueries ou que celles qui ont été minimalement visées par ces moqueries (Rosenberger *et al.*, 2007). Cela dit, les scores des deux groupes aux sous-échelles *Dietary Restriction* et *Eating Concerns* du *EDEQ* ne diffèrent pas significativement (Rosenberger *et al.*, 2007). Rosenberger *et al.* (2007) n'observent pas non plus de différence entre les groupes en ce qui a trait à la fréquence des crises de boulimie. Chez des femmes de 18 à 26 ans (âge moyen = 19,7 ans) Quick, McWilliams et Byrd-Bredbenner (2013) obtiennent des résultats diamétralement opposés à ceux de Rosenberger *et al.* (2007). Celles qui rapportent avoir été taquinées pendant leur enfance ont un score plus élevé sur les sous-échelles *Dietary Restriction* et *Eating Concerns* et présentent une fréquence plus élevée de crises de boulimies que celles qui n'ont pas été victimes de moqueries par rapport à leur poids (Quick, McWilliams et Byrd-Bredbenner, 2013). Pour ce qui est des scores aux sous-échelles *Weight Concerns* et *Shape Concerns*, ceux-ci ne diffèrent pas entre les groupes (Quick, McWilliams et Byrd-Bredbenner, 2013). Quick, McWilliams et Byrd-Bredbenner (2013) ont utilisé trois items du *POTS-WT* et ajoutent que celles qui rapportent avoir été victimes de moqueries par rapport à leur poids sur un ou deux items du *POTS-WT* ont un score inférieur aux quatre sous-échelles du *EDEQ* que celles qui affirment avoir été victime de moqueries sur les trois items du *POTS-WT*. Ceci suppose que non seulement la fréquence des moqueries, mais également la variété de celles-ci ont une influence sur le développement ultérieur des attitudes et des comportements associés aux TCA. Pour leur part, Jackson, Grilo et Masheb (2000) avancent que le score à la sous-échelle *Weight/Size Teasing* du *PARTS* de femmes de 21 à 61 ans (âge moyen = 41,3 ans) ne corrèle avec aucune des quatre sous-échelles du *EDEQ* et ni avec la fréquence des crises de boulimie. Rappelons que la sous-échelle *Weight/Size Teasing* du *PARTS* évalue de façon rétrospective les moqueries liées au poids vécues pendant l'enfance. Pourtant, selon Benas et Gibb



(2011), les scores totaux du *EDEQ* et du *EDE* de femmes de 18 à 22 ans (âge moyen= 18,9 ans) corrélient positivement avec leur score à la sous-échelle *Weight/Size Teasing*. Qui plus est, d'après Thompson *et al.* (1991) les scores aux trois sous-échelles du *EDI* sélectionnées (*Bulimia*, *Drive for Thinness*, *Body Dissatisfaction*) de femmes de 17 à 25 ans corrélient positivement avec le score à la sous-échelle *Weight/Size Teasing* du *PARTS*.

En conclusion, les résultats des études empiriques portant sur le lien entre les TCA et les moqueries liées au poids sont hétéroclites. La difficulté à parvenir à un consensus peut s'expliquer par le fait que les études répertoriées sont différentes à plusieurs égards notamment en termes d'âge des échantillons ou des questionnaires utilisés. De plus, mise à part Gardner *et al.* (2000), les études présentées incluent des échantillons comprenant des individus de neuf ans et plus sans compter que la population féminine est généralement privilégiée.

### 1.5 Rationnel de l'étude

Bien que parmi les études recensées il y ait absence de consensus quant au lien entre les TCA et l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA ou les moqueries liées au poids, les écrits scientifiques laissent entendre que ces facteurs sont associés. Une raison possible expliquant l'incohérence des données est que les chercheurs incluent généralement des participants d'un seul groupe d'âge dans leur échantillon ou ils incluent des participants de différents groupes d'âge, mais ils les regroupent dans leurs analyses statistiques ce qui ne permet pas de vérifier si certains facteurs de risque sont particulièrement importants à des stades spécifiques du développement (Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Cela en dépit des preuves que l'influence des facteurs de risque des TCA varie en fonction de l'âge (Allen *et al.*, 2009 ; Gardner *et al.*, 2000 ; Gralen *et al.*, 1990 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). De plus, chez les enfants, le lien entre ces facteurs et les TCA est minimalement étudié. Par

conséquent, l'originalité de cette étude tient au fait qu'elle s'intéresse aux enfants et qu'elle adopte une perspective développementale des TCA, c'est-à-dire, que les facteurs associés sont examinés auprès de trois groupes d'âge donc des enfants de première, de deuxième et de troisième année du primaire (6 à 9 ans).

De surcroît, pour l'ensemble des facteurs mentionnés, la population féminine est surreprésentée dans les écrits scientifiques. Même si parmi les adultes et les adolescents ayant un TCA il n'y a que 10 % des personnes qui sont de sexe masculin, parmi les enfants ayant un TCA, 33 % sont des garçons (Hamilton, 2007). Qui plus est, quelques données suggèrent que les facteurs associés aux TCA varient en fonction du sexe (Gardner *et al.*, 2000 ; Keel, Fulkerson et Leon, 1997). La présente étude inclut donc tant des filles que des garçons et les facteurs associés sont évalués en fonction du sexe.

Il ne faudrait pas oublier que les hospitalisations reliées aux TCA engendrent des coûts économiques substantiels (Zhao et Encinosa, 2011), que plusieurs des TCA à l'enfance persistent à l'adolescence et même jusqu'à l'âge adulte (Kotler *et al.*, 2001 ; Neumark-Sztainer *et al.*, 2009), qu'ils évoluent souvent vers une forme plus sévère (le Grange et Loeb, 2007 ; Sancho *et al.*, 2007) et qu'ils donnent lieu à de graves séquelles sur la santé mentale et physique (Peebles, Wilson et Lock, 2006 ; Pinhas *et al.*, 2011). En revanche, leur diagnostic et leur traitement précoce améliorent leur pronostic (Katzman *et al.*, 2000 ; Keca et Cook-Cottone, 2005 ; le Grange et Loeb, 2007 ; Rosen, 2003). Considérant ces éléments et aussi le fait que l'efficacité des programmes de prévention n'est pas encore démontrée (Fingeret *et al.*, 2006 ; Littleton et Ollendick, 2003 ; Stice, Shaw et Marti, 2007), et que la prévention des troubles psychiatriques requiert l'identification des facteurs de risque (Agras *et al.*, 2007 ; Nicholls et Viner, 2009), il apparaît alors crucial de raffiner les connaissances en matière de facteurs associés aux TCA.

### 1.6 Objectif 1

L'objectif 1 est d'adapter et de valider pour les enfants de 6 à 9 ans le *Children's Version of the Eating Attitudes Test-F* (ChEAT-F; Senécal, 2010). Cet objectif réfère au chapitre deux de cette thèse.

### 1.7 Objectif 2

L'objectif 2 est d'adapter et de valider pour les enfants de 6 à 9 ans la sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi et la sous-échelle de perfectionnisme négatif orienté vers soi de l'*Échelle de perfectionnisme positif et négatif* (Seidah, Bouffard et Vezeau, 2002). Cet objectif correspond au chapitre trois de cette thèse.

### 1.8 Objectif 3

L'objectif 3 est d'adapter et de valider pour les enfants francophones de 6 à 9 ans la sous-échelle *Weight-Related Teasing* (WT) du *Perception of Teasing Scale* (Thompson et al., 1995a). Cet objectif réfère au chapitre cinq de cette thèse.

### 1.9 Objectif 4

L'objectif 4 vise à investiguer si les facteurs associés, dont l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA et les moqueries liées au poids expliquent la présence des attitudes et comportements associés aux TCA chez des enfants de 6 à 9 ans. Cet objectif correspond au chapitre six de cette thèse.

Le sous-objectif consiste à vérifier si le modèle de prédiction diffère selon le sexe ou le degré scolaire des participants. En d'autres mots, vérifier si le sexe ou le degré scolaire ont un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et les comportements aux TCA et les variables indépendantes (IMC, perfectionnisme, SEPA, moqueries liées au poids).

## CHAPITRE II

### *ADAPTATION AND VALIDATION OF THE CHILDREN'S VERSION OF THE EATING ATTITUDES TEST-FRENCH 2*

Article 1 : Soumis à Pratiques Psychologiques

Turgeon, M.E., Forget, J., Begin, J et Caron, P.O.

### Abstract

The aim of this study was to adapt and validate the Children's Version of the Eating Attitudes Test-F (ChEAT-F) for children aged 6 to 9 (ChEAT-F2). Participants consisted of 430 children aged 6 to 9 years. Questionnaires were completed twice, with an interval of two weeks in between. Four factors emerged from the principal components analysis, which accounted for 41.4% of the total variance. Internal reliability ( $T1 = .77$ ;  $T2 = .81$ ), and a test-retest reliability ( $.72$ ) were satisfactory. Convergence validity was higher for eating self-efficacy. Findings support the validity of the ChEAT-F2 for measuring eating attitudes and behaviours in children aged 6 to 9.

*Keywords:* eating disorders; children; questionnaire; evaluation; detection

### Résumé

Le but de l'étude est d'adapter et de valider en français le Children's Version of the Eating Attitudes Test-F (ChEAT-F) pour les enfants de 6 à 9 ans (ChEAT-F2). Quatre cent trente enfants remplissent les questionnaires deux fois à un intervalle de deux semaines. Quatre facteurs émergent de l'analyse en composante principale et contribuent à 41,4% de la variance. Les indices de cohérence interne ( $T1 = 0,77$ ;  $T2 = 0,81$ ) et test-retest ( $0,72$ ) sont satisfaisants. La corrélation pour la validité de convergence est plus élevée pour la mesure du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation. Les résultats suggèrent que le ChEAT-F2 est un instrument valide pour mesurer les attitudes et les comportements associés aux troubles alimentaires chez les enfants de 6 à 9 ans.

*Mots clés:* troubles alimentaires; enfants; questionnaire; évaluation; détection

## 1. Introduction

Eating disorders (ED) are recognized as a serious public health concern in Europe (Lahortiga-Ramos, 2005; Preti et al., 2009), Canada (McVey et al., 2007), and the United States (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen, & Merikangas, 2011). In the United States ED hospitalizations for children aged 12 or less have increased by 68% from 1999 through 2009 (Zhao & Encinosa, 2011). Furthermore, ED tend to persist and increase in severity over time (Kotler, Cohen, Davies, Pine, & Walsh, 2001; Sancho, Arija, Asorey, & Canals, 2007). However, because early interventions can lead to better prognoses (Katzman, Golden, Neumark-Sztainer, Yager, & Strober, 2000; Keca & Cook-Cottone, 2005; Rosen, 2003), Ackard, Fulkerson and Neumark-Sztainer (2007) and le Grange and Loeb (2007) have emphasized the importance of early detection and treatment of children with subthreshold ED. Because of the obvious need for increased understanding of ED among younger populations, there is a need to further develop valid and accessible measures specific to this population.

Three self-report inventories are currently available to evaluate ED-related attitudes and behaviours in English-speaking children: the Children's Eating Disorders Inventory (Garner, 1991; see Micali & House, 2011), the Kids' Eating Disorders Survey (Childress, Jarrell, & Brewerton, 1993) and the Children's Version of the Eating Attitudes Test (ChEAT; Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Since its development, the ChEAT has been translated to Catalan (Sancho, Asorey, Arija, & Canals, 2005), Dutch (Theuwis, Moens, & Braet, 2010) and French (Senécal, 2010). Despite its widespread use, the ChEAT has limitations concerning item wording and the format of the questionnaire. For instance, questions about bulimia (Decaluwe & Braet, 2004; Jansen, Mulken, Hamers, & Jansen, 2007; Smolak & Levine, 1994) and vomiting after eating (Flannery-Schroeder & Chrisler, 1996) may be confusing for children. Erickson and Gerstle (2007) also argued that a Likert scale might mislead children lacking the capacity for abstract thinking. These limitations have not been addressed in the ChEAT-F, and this study aims to improve this measure. Furthermore, the ChEAT-F was adapted for 8 to 12 years old children. However, growing evidence shows that ED can start as early as 5 years old (Pinhas, Morris, Crosby, & Katzman, 2011).



Given the importance of early detection of ED-related attitudes and behaviours, the ChEAT's limitations, and the importance of cross-cultural research on eating-related phenomena (Cepeda-Benito et al., 2000), the purpose of the current study is to adapt the ChEAT-F for younger children, between the ages of 6 to 9 years, and in doing so develop the ChEAT-F2.

## **2. Method**

### **2.1 Participants**

Four hundred thirty boys and girls aged 6 to 9 participated voluntarily in the study. They attended regular classes from first to third grade in a school in Quebec, Canada. In order to participate in the study, both children and their parents needed to have completed a written consent form.

### **2.2 Measures**

Questionnaires measuring perfectionism, eating self-efficacy and weight-related teasing were used to evaluate divergent and convergent validity. These questionnaires were originally designed for adolescents and adults. Therefore, the questionnaires were adapted for 6 to 9 years old French-speaking children. It should be noted that the validation articles for these measures are currently in preparation and that completed analyses suggest the questionnaires possess adequate psychometric properties. Psychometric properties of the original versions will be presented instead. Pearson correlations presented in the current study may also appear in these validation articles.

#### **2.2.1 Eating disorder attitudes and behaviours.**

The ChEAT-F is the French adaptation of ChEAT (Maloney et al., 1988) and was validated using a sample of 401 8 to 12 years old children. The questionnaire consists of 26 items measuring the frequency of disturbed eating attitudes and behaviours on a 6-point Likert scale labeled 'always' to 'never'. Total possible scores range from 0 to 78, and a cut-off score of 20 or more was suggested to indicate disturbed eating (Senécal, 2010; Smolak & Levine, 1994). The

Pearson correlation was .71 for test-retest reliability and Cronbach's alphas ranged from .78 to .79 for internal reliability (Senécal, 2010).

### **2.2.2 Perfectionism.**

Perfectionism was measured using the positive self-oriented perfectionism (PSOP) subscale and the negative self-oriented perfectionism (NSOP) subscale from the *Échelle de perfectionnisme positif et négatif (EPPN)* (Seidah, Bouffard, & Vezeau, 2002). The *EPPN* distinguishes self-oriented perfectionism (self-imposed high standards) from socially prescribed perfectionism (belief in high standards set for oneself by others), and positive perfectionism (perfectionistic behaviour as a function of positive reinforcement) from negative perfectionism (perfectionistic behaviour as a function of negative reinforcement) (Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995). Only PSOP and NSOP subscales were retained for the current study. Each subscale includes 10 items based on a 6-point Likert scale. Cronbach's alphas for PSOP and NSOP subscales varied respectively from .74 to .80 and from .78 to .85 (Seidah et al., 2002). Pearson correlations for test-retest reliability were .70 for both subscales (Seidah et al., 2002).

### **2.2.3 Eating self-efficacy.**

Eating self-efficacy was evaluated using the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F (EDRSQ-F; Couture, Lecours, Beaulieu-Pelletier, Philippe, & Stychar, 2010). The EDRSQ-F is composed of two subscales. The Normative Eating Self-Efficacy (NESE) subscale includes fourteen items and evaluates confidence in the ability to have healthy eating behaviours without restricting, bingeing, purging, exercising excessively or becoming anxious. The second subscale is the Body Self-Efficacy (BISE), which includes nine items evaluating confidence in the ability to maintain a realist body image without seeking unhealthy thinness. All items are based on a 5-point scale. Cronbach's alpha was .96 for the NESE subscale and .97 for the BISE subscale (Couture et al., 2010). The NESE has a test-retest reliability of .91 and the BISE has a test-retest reliability of .89 (Couture et al., 2010).

### 2.2.4 Weight-related teasing.

Weight-related teasing was measured by the Weight-Related Teasing (WT) subscale from the Perception of Teasing Scale (POTS; Thompson, Cattarin, Fowler, & Fisher, 1995). The WT subscale includes six items based on a 5-point scale. Each two-part item first evaluates teasing frequency (WT-F), and secondly evaluates teasing effect (WT-E). Cronbach's alpha for the WT subscale was .88. The Pearson correlation for test-retest reliability of WT-F was .90 and .85 for the WT-E (Thompson et al., 1995).

## 2.3 Procedure

The validation and traduction method used was based on Vallerand (1989). Each member of a committee, composed of three psychology graduate students and a psychology professor, prepared a preliminary French version of the questionnaire. Moreover, items were reformulated in order to account for criticisms brought forth in the scientific literature. First, some authors argued that "bulimia" is too ambiguous a term for children to understand (Decaluwe & Braet, 2004; Jansen et al., 2007; Smolak & Levine, 1994). That is, children might misunderstand the main concepts of bulimia, such as ingesting large amounts of food and the associated loss of control (Decaluwe & Braet, 2004; Jansen et al., 2007). As proposed by Jensen et al. (2007), bulimia-related items were reformulated to emphasize these two concepts. Second, Flannery-Schroeder & Chrisler (1996) argued that 6 to 7 years old children may confuse intentional vomiting with natural vomiting that sometimes occurs after eating bad food. Thus, the intentional characteristic was emphasized with statements such as "*faire exprès*" (on purpose). Finally, Erickson and Gerstle (2007) suggested that Likert scales may mislead children. Symbols (e.g., *toujours* +++ [always], *souvent* ++ [often], *jamais* --- [never]) were added to the Likert choices in order to add a more visual aspect to the answers.

Once the preliminary versions of the measure were completed, they were combined by the expert committee who composed a final experimental version. The experimental version was administered to two 6 years old in order to assess for item clarity. Afterward, an experimenter administered an experimental pilot version in a first grade classroom by reading items out loud and opening discussion with students. The classroom teacher was asked to comment on the

experimental version. Based on feedback from the children and teachers, the expert committee reformulated problematic items.

Lastly, two administrations of the final ChEAT-F2 were completed within a two week interval. Children received questionnaires and cardboard screens, and were asked to install their cardboard-screens on their desk in a way that maximized privacy. No previous validation study used cardboard-screens. To ensure children's comprehension, experimenters read every item out loud while the children followed along.

### 3. Results

#### 3.1 Sample description

Among the 434 children who took part in the study, four were excluded from the statistical analyses, three participants were missing more than 10% of data, and one participant was 10 years old. Child-grade distributions were relatively homogeneous (grade 1= 130, grade 2= 160, grade 3= 140).

The average score on the ChEAT-F2 was 12.66 at time 1 (T1) (SD = 9.57) and 11.20 at time 2 (T2) (SD = 10.05). At T1, 22% participants had a score higher or equal to 20 (52% of the girls, 48% of the boys). At T2, 19% of the sample scored higher or equal to 20 (49% of girls, 51% of boys). Finally, 13% (n=48) of children scored 20 or higher at both administrations (44% of the girls, 56% of the boys). A break down this subsample by grade revealed that ED-related attitudes and behaviours were more frequent among younger children (grade 1= 21, grade 2= 18, grade 3= 9).

#### 3.2 Factor Analysis

Because the original covariance matrices were not available from the original French and English versions of the ChEAT, confirmatory factor analyses were not used to compare the measures to the present one. Instead, a principal components analysis (PCA) with a varimax rotation was used. Because PCA was used with previous ChEAT measures, this method was considered adequate. The principal components analysis revealed that items 19 and 25 were

negatively correlated with other items in the questionnaire. They were removed and a second factor analysis was carried out on the 24 remaining items. Because factorial structures were similar between T1 and T2, only results from the latter are reported. The scree plot graph suggested four components, explaining 41.4% of the variance. Table 1 shows the factor loadings for each item. The factorial structure of the ChEAT-F2 was found to be more closely related to the ChEAT than the ChEAT-F.

### **3.3 Internal and test-retest reliability**

Internal reliability analyses revealed Cronbach's alphas of .77 at T1 and .81 at T2. A temporal stability analysis showed a positive Pearson correlation of .72 ( $p < .01$ ).

### **3.4 Convergence and divergence validity**

Pearson correlations were performed between factors and the total score of ChEAT-F2 to assess convergence and divergence validities. Distribution of the ChEAT-F2 showed a positive skewness and was transformed using a square root transformation. Results are presented in table 2. The ChEAT-F2 was negatively correlated with the NESE ( $r = -.39, p < .01$ ) and the BISE ( $r = -.31, p < .01$ ) and was positively correlated with the NSOP ( $r = .33, p < .01$ ).

## **4. Discussion**

The purpose of the current study was to adapt the ChEAT-F2 for 6 to 9 years old French-speaking children and to assess its psychometric properties, and results from this research provide promising evidence of a sound measure with good internal, test re-test reliability and construct validity. In agreement with other versions, a PCA, using a varimax rotation, distinguished four components. Analyses suggest slight modifications in item inclusion from the original model. Smolak and Levine (1994) suggested using a 23-item version, excluding items 5, 19 and 25 because of factor loadings less than .30. In this version, item 19 and 25 were similarly left out, however, because item 5 had strong factor loadings, it was included, making a 24-item version more appropriate in this case. The total variance accounted for by the ChEAT-F2 (T1=37%; T2=41%) was lower than results reported by Smolak and Levine (1994) (48%), but agreed with Senécal (2010) (42%). It is worth noting that the explained variance at T2 was higher than at T1,

suggesting that children might have been paying closer attention at T2. A higher Cronbach's alpha at T2 compared to T1, supports this hypothesis. In short, analyses revealing similar factor loadings provide strong evidence that the ChEAT-F2 is comparable to the English version.

Analyses of ChEAT-F2 suggest strong internal reliability and temporal stability. For internal reliability, alphas were .77 and .81 at T1 and T2, respectively. According to Vallerand (1989), values ranging from .70 to .85 are satisfactory while values higher than .90 suggest items that are redundant and too stringent. Thus, ChEAT-F2 appropriately measured ED, while taking into account the wide range of ED-related attitudes and behaviors. Moreover, internal reliability is comparable to other versions. Maloney et al. (1988) obtained an alpha of .76, Smolak and Levine (1994) obtained an alpha of .89, and Sénécal (2010) obtained an alpha of .78 at T1 and .79 at T2. These results imply that participants understood the questionnaire as well as older children. The main difference between the ChEAT-F2 and the two previous versions (ChEAT and ChEAT-F) is the added symbols in answer choices (e.g., *toujours* ++, *souvent* ++, *jamais* ---), which may have contributed to an increase in the children's comprehension of the questionnaire. Thus, adding concrete symbols may benefit future ED inventories and other psychological measures among young children. In addition, the ChEAT-F2 showed good reliability, with a Pearson correlation of .72. Results were comparable, if not better than other versions, with a score identical to the Dutch version (Theuwis et al., 2010), similar to the other French version (.71) (Sénécal, 2010), higher than the Catalan version (.56) (Sancho et al., 2005) and lower than Maloney et al.'s (1988) version (.81).

Consistent with studies by Couture et al. (2010) and Pinto, Heinberg, Coughlin, Fava, and Guarda (2008), correlations showed that a lower eating self-efficacy was associated with an increase in ED-related attitudes and behaviours. In regards to the relationship between perfectionism and ED-related attitudes and behaviors, previous studies generally did not distinguish between positive and negative perfectionism. Instead, they have been more concerned with social sources of perfectionism, such as self-oriented perfectionism versus socially prescribed perfectionism. These studies showed that self-oriented perfectionism was positively correlated with ED-related attitudes and behaviors (Castro-Fornieles et al., 2007; Castro, Gila, Gual, Lahortiga, & Saura, 2004; McVey, Pepler, Davis, Flett, & Abdoell, 2002). In contrast to previous study, the current one goes further and distinguishes between positive and negative self-



oriented perfectionism. Results show that high self-imposed achievement standards to avoid negative consequences (NSPO) were related to a greater risk of high ED scores. However, the PSOP subscale was not related to ED-related attitudes and behaviors. Thus, the positive/negative dimension of perfectionism might be relevant in ED conceptualization, prevention and treatment.

In regards to weight-related teasing, results were consistent with other studies in the scientific literature (Hayden-Wade et al., 2005; Keery, Boutelle, van den Berg, & Thompson, 2005; Libbey, Story, Neumark-Sztainer, & Boutelle, 2008; Suisman, Slane, Burt, & Klump, 2008; Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001): As teasing frequency increased, children had more ED-related characteristics. However, differing from previous research finding a significant relationship in adult populations between teasing effect and ED (Libbey et al., 2008; Thompson et al., 1995), our results found that the effect of teasing was not related to ED-related attitudes and behaviors. It is worth noting that Libbey et al. (2008) used a modified version of the WT subscale from the POTS, and depending on the subscales used to measure ED-related attitudes and behaviors, found mixed results.

Descriptive statistics from the current article are consistent with findings of recent epidemiological data showing that the number of children with ED is rising (Public Health Agency of Canada, 2002; Zhao & Encinosa, 2011). The current study shows that 22% of children at T1 and 19% at T2 received a score higher or equal to 20, rates about three times higher than results reported by Maloney et al. (1988) (6.9%) 25 years ago. Methodological differences may account for some of the stark contrast in results. In this study, children had a cardboard-screen installed in front of their desk to hide their answers, which may have led participants to feel more confident in revealing ED-related attitudes and behaviors and ultimately increasing the frequency of pathological scores. No previous study used cardboard-screens. A social explanation may also account for the higher rate of ED threshold scores. Several items in the ChEAT-F2 (and previous versions) portray eating attitudes and behaviors that are to some extent valued by today's Western society (e.g. item 6, 7, 16 or 22). Thus, it's possible that to some extent, higher scores on the questionnaire could be influenced by social desirability. In short, the differences in methodology used, in addition to the influence of social values placed on certain eating habits, in combination with a genuine rise in ED among young population likely explain the high number of children with ED-related attitudes and behaviors.

Secondly, almost as many boys as girls received a score of 20 or higher. This result is consistent with results from other studies suggesting that younger the population, the more boys appear at risk of ED (Peebles, Wilson & Lock, 2006; Pinhas et al., 2011). For instance, Pinhas et al. (2011) found that incidences of AN and EDNOS in 10 to 12 years old children, was 7 times higher among girls than boys, while this number was only 3 times higher among 5 to 9 years old children. Peebles et al. (2006) found that 7.8% of individuals aged 13 to 19 years old with an ED were boys, but among 8 to 12 years old, this percentage raised to 16.5%. Despite the increasing evidence that ED becomes less of a girl-dominant pathology as participants decrease in age, the findings of Pinhas et al. (2011) and Peebles et al. (2006) still cannot account for the quasi equivalent proportion of boys and girls found in the current study. One explanation may be the difference in sample procedure used to identify cases. Indeed, in the studies by Pinhas et al. (2011) and Peebles et al. (2006), pediatricians referred at-risk participants and because ED are more socially attributed to girls, pediatricians may have been less sensible to ED among boys, referring them less frequently and skewing the ultimate results of their study.

#### **4.1 Limitations and future research directions**

There are limitations to consider when interpreting results from the current study. First, teachers were present while experimenters were reading items out loud and sometimes teachers interjected with brief comments on some items. Even though these comments were infrequent, future studies should consider requesting teachers to stay silent in order to preserve the homogeneity of the experimental condition across classrooms. Second, considering the high level of attention required to answer the questionnaire, a shorter version of the ChEAT-F2 may be more appropriate for younger populations. There are two possible solutions, either a reduction in the number of answer choices or a reduction in the number of items. Future studies should investigate the possible effects of these alterations, ensuring that a shorter version of the ChEAT-F2 would be more effective, while maintaining adequate psychometric properties. It is worth noting that Erickson and Gerstle (2007) developed a six-item version of the ChEAT that is more sensible to ED among 10 to 12 years old children compared to the long version. Lastly, though the ChEAT-F2 is based on ED-related characteristics, the questionnaire is not intended to confirm a genuine diagnostic. Future studies should include a diagnostic interview to assess the discriminant validity of the ChEAT-F2. Findings of this study provided promising evidence as to

the adequate structure, reliability, and validity of the ChEAT-F2, a step forward in providing researchers and clinicians with a tool in the screening and prevention of ED.

## References

- Ackard, D. M., Fulkerson, J. A., Neumark-Sztainer, D., 2007. Prevalence and utility of DSM-IV eating disorder diagnostic criteria among youth. *The International Journal of Eating Disorders* 40, 409-417.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., Toro, J., 2007. Self-Oriented Perfectionism in Eating Disorders. *The International Journal of Eating Disorders* 40, 562-568.
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., 2004. Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health* 35, 392-398.
- Cepeda-Benito, A., Gleaves, D. H., Fernandez, M. C., Vila, J. V., Williams, T. L., Reynoso, J., 2000. The development and validation of Spanish versions of the State and Trait Food Cravings Questionnaires. *Behaviour Research and Therapy* 38, 1125-1138.
- Childress, A. C., Jarrell, M. P., Brewerton, T. D., 1993. The kids' eating disorders survey (KEDS): Internal consistency, component analysis and reliability. *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention* 1, 124-133.
- Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., Stychar, I., 2010. French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *European Eating Disorders Review* 18, 234-243.
- Decaluwe, V., Braet, C., 2004. Assessment of eating disorder psychopathology in obese children and adolescents: interview versus self-report questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 42, 799-811.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., 2007. Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviours. *Eating behaviours* 8, 224-235.

- Flannery-Schroeder, E. C., Chrisler, J. C., 1996. Body esteem, eating attitudes, and gender-role orientation in three age groups of children. *Current Psychology* 15, 235-248.
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity Research*, 13, 1381-1392.
- Jansen, E., Mulken, S., Hamers, H., Jansen, A., 2007. Assessing eating disordered behaviour in overweight children and adolescents: bridging the gap between a self-report questionnaire and a gold standard interview. *Netherlands Journal of Psychology* 63, 102-106.
- Katzman, D. K., Golden, N. H., Neumark-Sztainer, D., Yager, J., Strober, M., 2000. From prevention to prognosis: clinical research update on adolescent eating disorders. *Pediatric Research* 47, 709-712.
- Keca, J., Cook-Cottone, C., 2005. Eating disorders: prevention is worth every ounce.  
<http://www.nasponline.org/resources/principals/Eating%20Disorders%20WEB.pdf>.  
 Accessed 10 March 2014.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., Thompson, J. K., 2005. The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health* 37, 120-127.
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., Walsh, T., 2001. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40, 1434-1440.
- Lahortiga-Ramos, F., De Irala-Estévez, J., Cano-Prous, A., Gual-García, P., Martínez-González, M. Á., Cervera-Enguix, S., 2005. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *European Psychiatry* 20, 179-185.
- le Grange, D., Loeb, K. L., 2007. Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. *Early Interv Psychiatry* 1, 27-39.

- Libbey, H. P., Story, M. T., Neumark-Sztainer, D. R., Boutelle, K. N., 2008. Teasing, disordered eating behaviours, and psychological morbidities among overweight adolescents. [Supplement]. *Obesity* 16, S24-S29.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., Daniels, S. R., 1988. Reliability testing a children's version of the eating attitude test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27, 541-543.
- McVey, G. L., Adair, C., deGroot, J., McLaren, L., Plotnikoff, R., Gray-Donald, K., 2007. Obesity and Eating Disorders: Seeking Common Ground to Promote Health. [http://www.ocoped.ca/DNN/PDF/Obesity\\_eating\\_disorders\\_2007.pdf](http://www.ocoped.ca/DNN/PDF/Obesity_eating_disorders_2007.pdf). Accessed 10 March 2014.
- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., Abdoell, M., 2002. Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *The Journal of Early Adolescence* 22, 75-95.
- Micali, N., House, J., 2011. Assessment measures for child and adolescent eating disorders: A review. *Child and Adolescent Mental Health* 16, 122-127.
- Peebles, R., Wilson, J. L., Lock, J. D., 2006. How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of Adolescent Health* 39, 800-805.
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D., Katzman, D. K., 2011. Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children a Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 165, 895-899.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., Diclemente, C. C., 2006. Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders* 39, 376-384.



- Pinto, A. M., Heinberg, L. J., Coughlin, J. W., Fava, J. L., Guarda, A. S., 2008. The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Change with treatment and prediction of outcome. *Eating behaviours* 9, 143-153.
- Preti, A., Girolamo, G. d., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. d., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Morosini, P., The ESEMeD-WMH Investigators., 2009. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research* 43, 1125-1132
- Public Health Agency of Canada., 2002. A report on mental illnesses in Canada.  
[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmhc/pdf/men\\_ill\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmhc/pdf/men_ill_e.pdf). Accessed 10 March 2014.
- Rosen, D. S., 2003. Eating disorders in children and young adolescents: Etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine* 14.  
<http://homepage.mac.com/srcharlton/134eat.pdf>. Accessed 10 March 2014.
- Sancho, C., Arija, M. V., Asorey, O., Canals, J., 2007. Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child & Adolescent Psychiatry* 16, 495-504.
- Sancho, C., Asorey, O., Arija, V., Canals, J., 2005. Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample. *European Eating Disorders Review* 13, 338-343.
- Seidah, A., Bouffard, T., Vezeau, C., 2002. La mesure du perfectionnisme: validation canadienne française du Positive and Negative Perfectionism Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement* 34, 168-171.
- Senécal, C., 2010. Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires pour enfant auprès d'une population francophone. Thèse de doctorat. Université du Québec à Montréal.
- Smolak, L., Levine, M. P., 1994. Psychometric properties of the Children's Eating Attitude Test. *The International Journal of Eating Disorders* 16, 275-282.

- Suisman, J. L., Slane, J. D., Burt, S. A., Klump, K. L., 2008. Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls. *Eating Behaviours* 9, 493-496.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J., Merikangas, K. R., 2011. Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement. *Archives of General Psychiatry* 68, 714-723.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., Dewey, M. E., 1995. Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences* 18, 663-668.
- Theuwis, L., Moens, E., Braet, C., 2010. Psychometric Quality of the Dutch Version of the Children's Eating Attitude Test in a Community Sample and a Sample of Overweight Youngsters. *Psychologica Belgica* 49, 311-330.
- Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B., Fisher, E., 1995. The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). *Journal of Personality Assessment* 65, 146-157.
- Vallerand, R. J., 1989. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne* 30, 662-680.
- Wertheim, E. H., Koerner, J., Paxton, S. J., 2001. Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence* 30, 69-81.
- Zhao, Y., Encinosa, W., 2011. An update on hospitalizations for eating disorders, 1999 to 2009. <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf>. Accessed 11 March 2014.

## Appendix

Codification : # \_\_\_\_\_

Échelle d'attitudes alimentaires pour enfants\*

Instructions : Place un (X) dans la case qui te ressemble le plus :

	Toujours ++ +	Très souvent ++ +	Souvent +	Parfois .	Rarement - -	Jamais - -
1. J'ai peur d'être gros.						
2. Quand j'ai faim j'essaie de pas manger.						
3. Je pense beaucoup à la nourriture.						
4. Ça arrive que je mange beaucoup et que je suis plus capable de m'arrêter.						
5. Je coupe ma nourriture en petits morceaux.						
6. Je sais combien de calories (gras) il y a dans les aliments que je mange.						
7. J'essaie de pas manger de la nourriture comme le pain, les patates et le riz.						
8. Je pense que les autres voudraient que je mange plus.						
9. Je fais exprès pour me faire vomir tout de suite après avoir mangé.						
10. Après avoir mangé, je ne suis pas fier de moi.						
11. Je pense beaucoup à vouloir être plus mince.						
12. Je pense aux calories (gras) que je perds quand je fais de l'exercice.						

	Toujours ++ +	Très souvent ++ +	Souvent +	Parfois .	Rarement -- -	Jamais -- -
13. Les autres pensent que je suis trop mince.						
14. Je pense beaucoup au gras que j'ai sur mon corps.						
15. Je prends plus de temps que les autres à manger ma nourriture lors des repas.						
16. J'essaie de pas manger de la nourriture qui a du sucre dedans.						
17. Je mange de la nourriture de régime (« diète »).						
18. Je pense trop à la nourriture.						
19. J'arrête de manger quand mon ventre est plein.						
20. Les autres me poussent (me forcent) à manger.						
21. Je passe trop de temps à penser à la nourriture.						
22. Après avoir mangé des sucreries, je me sens dégu et je me dis que j'aurais pas dû en manger.						
23. Ça m'arrive de faire un régime (« diète »).						
24. J'aime quand mon ventre est vide.						
25. J'aime ça manger des nouvelles affaires qui ont beaucoup de calories (gras).						
26. J'ai vraiment le goût de faire exprès pour vomir après avoir mangé.						

\*Tirée de Maloney, McGuire, et Daniels (1988) et de Sénécal (2010)

Table 1

*Factor loadings of the ChEAT-F2 after a Varimax rotation*

Items	Factor loading
Factor 1: food preoccupation (11.3% of explained variance)	
3	.83
18	.79
21	.73
4	.60
Factor 2: dieting (10.9% of explained variance)	
12	.67
11	.65
17	.55
23	.48
14	.48
16	.47
6	.47
5	.35
1	.33
24	.31
Factor 3: restricting and purging (10.8% of explained variance)	
26	.76
9	.76
10	.50
22	.49
7	.43
2	.41
Factor 4: oral control (8.4% of explained variance)	
8	.70
20	.70
13	.62
15	.40

*Note.* ChEAT-F2= Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2

Table 2

*Correlations between the ChEAT-F2 and factors*

	<i>R</i>
NESE	-0.39**
BISE	-0.31**
PSOP	0.03
NSOP	0.33**
WT-F	0.21**
WT-E	-0.01

*Notes.* ChEAT-F2= Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2.

NESE=Normative Eating Self-Efficacy. BISE= Body Self-Efficacy. PSOP= Positive self-oriented perfectionism subscale. NSOP= Negative self-oriented perfectionism subscale. ET-F= items measuring weight teasing frequency. WT-E= items measuring weight teasing effect. \*\*  $p < .01$ .



### CHAPITRE III

#### ADAPTATION ET VALIDATION DE LA SOUS-ÉCHELLE DE PERFECTIONNISME ORIENTÉ VERS SOI DE L'ÉCHELLE DE PERFECTIONNISME POSITIF ET NÉGATIF

Article 2 : Soumis au Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive

Turgeon, M.E., Forget, J et Begin, J.

## Résumé

Le but de l'étude est d'adapter et de valider les sous-échelles de perfectionnisme positif orienté vers soi (PPOS) et de perfectionnisme négatif orienté vers soi (PNOS) de l'*Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif (EPPN)* [1] pour les enfants de 6 à 9 ans. Quatre cent trente garçons et filles remplissent le questionnaire deux fois à un intervalle de deux semaines ainsi qu'un questionnaire évaluant les attitudes et les comportements associés aux troubles des conduites alimentaires (TCA) et un autre mesurant le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA). L'analyse factorielle en composantes principales suggère une structure bifactorielle. La cohérence interne est bonne (PPOS= 0,76 et PNOS= 0,81) et la fiabilité test retest est modérée (PPOS= 0,67 et PNOS= 0,66). Le PPOS n'est pas associé aux attitudes et les comportements associés aux TCA, mais il est associé positivement au SEPA. Le PNOS est positivement lié aux attitudes et les comportements associés aux TCA et négativement lié au SEPA. Les énoncés du PPOS et du PNOS possèdent des qualités psychométriques satisfaisantes. Ces sous-échelles représentent un outil important spécifiquement adapté pour les enfants francophones du Québec. Elles peuvent être utilisées en recherche pour améliorer l'état des connaissances quant au perfectionnisme chez les enfants et ainsi favoriser l'élaboration de mesures préventives.

*Mots clés* : questionnaire autoadministré; perfectionnisme adaptatif; perfectionnisme maladaptatif

## Abstract

**Introduction:** Perfectionism traits develop in childhood [2]. Yet, research on perfectionism has typically focused on adults and adolescents samples with limited extension to children populations. The lack of research in children is explain by the fact that no questionnaires existed to measure this trait in young samples until lately [3]. Now, a number of different self-report measures have been developed such as the *Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale* [4], the *Perfectionistic Self-Presentation Scale-Junior Form* [5], the *Child and Adolescent Perfectionism Scale* [Flett, Hewitt, Boucher, Davidson, & Munro, 1997; see 3] and the *Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS)* [6]. The *Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif (EPPN)* [1] is the French adolescent version of the *PANPS*. Only this questionnaire distinguish positive from negative form of self-oriented perfectionism.

**Objective:** The present study aims to adapt and validate positive self-oriented perfectionism (PPOS) subscale and the negative self-oriented perfectionism (PNOS) subscale from the *EPPN* for French-speaking children in Quebec aged 6 to 9.

**Method:** The participants were 430 boys and girls from primary school. The *EPPN* was adapted following Vallerand's validation procedure [7]. The terms used in the statements were reworded by a committee of experts to correspond to the language skills of 6- to 9-year-old children. Symbols were also added to further facilitate children comprehension of answer choice. A first pre-test was perform on two six-years-old children and a second pre-test was perform on a class of first graders. Then, 430 children filled the questionnaire twice over a two-week interval. They also completed a questionnaire measuring eating disorders attitudes and behaviours and a measure of eating self-efficacy.

**Results:** The Principal components analysis shows a two-factor structure. At time one, factor 1 (negative factor) accounts for 17.83% of the variance and factor 2 (positive factor) accounts for 15.53% of the variance (see table 1). At time 2, factor 1 accounts for 20.53% of the variance and factor 2 accounts for 17.31% of the variance. Cronbach's alpha indicates good internal consistency (PPOS= 0.76 and PNOS=0.81) and correlations coefficients for test-retest reliability are moderate (PPOS= 0.67 and PNOS= 0.66). PPOS is not associated with eating

disorders attitudes and behaviours but is positively associated with eating self-efficacy. On the other hand, PNOS is positively related with eating disorders attitudes and behaviours and negatively related with eating self-efficacy.

Discussion: Items measuring PPOS and PNOS have satisfactory psychometric properties. The current measure represents an important tool specifically designed for use for French-speaking children in Quebec. PPOS and PNOS subscales can be used in research to foster the understanding of perfectionism in children. A better understanding of perfectionism in this population could strengthen prevention efforts.

*Keywords:* Self-administered questionnaire; healthy perfectionism; unhealthy perfectionism

## Adaptation et validation de la sous-échelle de perfectionnisme orienté vers soi de l'*Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif*

Le perfectionnisme a initialement été considéré comme étant un concept unidimensionnel et correspondant à des traits inadaptés. Or, les chercheurs reconnaissent maintenant l'aspect multidimensionnel du perfectionnisme et accumulent des données empiriques qui appuient l'idée selon laquelle certaines de ses dimensions sont associées à un fonctionnement adaptatif. Cependant, à ce jour, il n'est pas évident que le perfectionnisme adaptatif soit uniquement associé à des conséquences désirables. À la suite d'une recension des écrits empiriques Stoeber et Otto [8] concluent que bien que dans plusieurs études recherches le perfectionnisme adaptatif est associé à des caractéristiques personnelles positives, d'autres indiquent que ce type de perfectionnisme est associé à des caractéristiques personnelles à la fois positives et négatives et certains soulèvent même l'idée selon laquelle il est seulement lié à des caractéristiques négatives. Egan, Piek, Dyck et Kane [9] soulignent que cette incohérence peut s'expliquer par une limite méthodologique. Ainsi, ces auteurs notent que les questionnaires les plus utilisés pour mesurer le perfectionnisme sont le *Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS)* de Frost, Marten, Lahart et Rosenblate [10] et le *Multidimensional Perfectionism Scale (HMPS)* de Hewitt et Flett [11]. Toutefois, les deux instruments n'ont pas été originalement conçus pour distinguer le perfectionnisme adaptatif du perfectionnisme mésadapté [9, 12]. Il est aussi possible de croire que le perfectionnisme adaptatif comprenne des éléments du perfectionnisme mésadapté. Ainsi, les caractéristiques personnelles positives du perfectionnisme adapté si exprimées avec rigidité pourraient devenir nuisibles à la personne. Plutôt que de catégoriser comme adaptatifs ou mésadaptés les traits de perfectionnisme, les concevoir sur un continuum au niveau de leur rigidité ou de leur intensité pourrait être une avenue pour mieux saisir les conséquences du perfectionnisme.

Étant donné qu'il est possible que le perfectionnisme ait une forme saine, Terry-Short et al. [6] ont développé le *Positive and Negative Perfectionism Scale (PANPS)*. Ce questionnaire autoadministré distingue le perfectionnisme positif du perfectionnisme négatif chez l'adulte. Sa conceptualisation est ancrée dans les principes de la théorie du renforcement de Skinner [13]. Le perfectionnisme positif se manifeste par la recherche de conséquences positives et le perfectionnisme négatif par l'évitement de conséquences négatives [6]. Ainsi, le comportement

d'une personne ayant un haut niveau de perfectionnisme positif est renforcé positivement via le succès, l'excellence ou l'approbation et celui d'une personne ayant un haut niveau de perfectionnisme négatif est renforcé négativement via l'évitement de l'échec, de la médiocrité ou de la désapprobation [14]. Le perfectionnisme positif est adaptatif puisque la personne qui atteint l'objectif qu'elle s'est fixé éprouve une satisfaction. Et lorsqu'elle ne l'atteint pas, elle n'en est pas excessivement affectée [14, 15]. En revanche, le perfectionnisme négatif est dit mésadapté, car l'atteinte de l'objectif fixé n'est pas garante d'une vie sans échecs [14, 15]. La personne est ainsi constamment insatisfaite et vigilante aux potentielles situations d'échec [14, 15]. En plus de sa fonction positive ou négative, Terry-Short et al. [6] considèrent deux sources sociales au perfectionnisme : le perfectionnisme orienté vers soi (POS) et le perfectionnisme socialement prescrit (PSP). Dans le cas du POS, l'individu s'impose des standards d'accomplissement élevés et dans le cas du PSP, il croit que les autres ont des standards élevés envers lui. En somme, Terry-Short et al. [6] proposent l'idée que le *PANPS* soit composé théoriquement de quatre sous-échelles. Dans ce contexte, leur instrument est construit de telle sorte qu'il inclut dix énoncés par sous-échelle. Les auteurs n'ont toutefois pu confirmer cette structure quadridimensionnelle du *PANPS*. Le *PANPS* distingue le perfectionnisme positif du perfectionnisme négatif, et les énoncés reliés au perfectionnisme positif se divisent en deux facteurs selon les deux sources sociales (POS et PSP). Ceux reliés au perfectionnisme négatif se regroupent en un seul facteur ne permettant pas de distinguer leur source sociale. Quelques auteurs ont ensuite réexaminé la structure factorielle du *PANPS*. Auprès d'un échantillon d'athlètes, Haase et Prapavessis [12] ont réalisé une analyse factorielle confirmatoire, mais les indices d'ajustements ( $\chi^2$ ) et le ratio  $\chi^2/\text{degré de liberté}$  ( $\chi^2/\text{df}$ ) révèlent que les données ne reproduisent pas le modèle suggéré par Terry-Short et al. [6]. Par conséquent, Haase et Prapavessis [12] reconduisent une seconde analyse factorielle, cette fois-ci exploratoire et ils parviennent à retenir 19 énoncés ayant un coefficient de saturation supérieur à 0,40. Ces 19 énoncés se divisent en deux facteurs : le perfectionnisme négatif et le perfectionnisme positif. Egan et al. [9] ont aussi mis à l'épreuve la structure factorielle du *PANPS* et trois facteurs émergent de leur analyse. Tel que Terry-Short et al. [6] le prévoient, les énoncés négatifs saturent sur un facteur et les énoncés positifs se divisent en deux facteurs selon leur source sociale. Néanmoins, puisque selon l'analyse factorielle exploratoire, les énoncés du perfectionnisme positif orienté vers soi (PPOS) et ceux du perfectionnisme positif socialement prescrit (PPSP) corrélaient positivement, Egan et al. [9] optent



pour une interprétation bidimensionnelle du *PANPS*. De plus, Chan [16] a produit une version abrégée du *PANPS* à 12 énoncés et ceux-ci se séparent en un facteur positif et un facteur négatif. Le *PANPS* a également été traduit en farsi par Besharat [17]. Selon son analyse en composante principale, les énoncés forment un facteur positif et un facteur négatif [17]. À l'aide d'une analyse confirmatoire, Besharat [18] a également répliqué cette structure factorielle bidimensionnelle du *PANPS* en farsi. Enfin, Seidah et al. [1] ont procédé à une adaptation du *PANPS* pour les adolescents francophones âgés de 13 à 16 ans : l'*Échelle de perfectionnisme positif et négatif (EPPN)*. L'analyse factorielle en composantes principales dégage deux facteurs expliquant 30,9% de la variance où les énoncés se répartissent selon leur fonction positive ou négative [1]. Seidah et al. [1] produisent ensuite une seconde analyse factorielle spécifiant cette fois-ci la présence de quatre facteurs. Au même titre qu'Egan et al. [9] et Terry-Short et al. [6], une structure à trois facteurs ressort (facteur 1 : perfectionnisme négatif, facteur 2 : perfectionnisme positif orienté vers soi, facteur 3 : perfectionnisme positif socialement prescrit). Notons néanmoins que le pourcentage de variance expliquée par cette seconde analyse factorielle (40,8%) est plus élevé que celui expliqué par l'analyse factorielle initiale à deux facteurs. De surcroît, la cohérence interne des quatre sous-échelles varie de 0,73 à 0,83 lors du premier temps de mesure et de 0,80 à 0,87 lors du second [1]. D'après Vallerand [7], des indices de 0,70 à 0,85 sont satisfaisants. Compte tenu de ces conclusions divergentes quant à la structure factorielle du *PANPS*, il est évident que plus d'efforts sont nécessaires pour déterminer si cet outil possède une structure fiable.

La source sociale du perfectionnisme est une dimension importante à considérer tant sur le plan théorique que clinique, et ce, notamment dans le domaine des troubles des conduites alimentaires (TCA). Plusieurs écrits scientifiques permettent d'avancer l'idée que le POS a un rôle plus proximal que le PSP dans l'explication des TCA. Selon le modèle cognitivo-comportemental de l'anorexie nerveuse (AN) proposé par Fairburn, Shafran et Cooper [19], la caractéristique fondamentale de ce trouble est le besoin de contrôle que la personne s'impose. Le POS semble alors plus approprié à ce modèle que le PSP. Plusieurs autres données empiriques soutiennent l'idée que le POS est une mesure plus appropriée que le PSP dans l'étude des TCA. Ainsi, Turgeon, Forget et Senécal [20] ont étudié le lien entre le perfectionnisme négatif socialement prescrit et les attitudes et les comportements associés aux TCA chez des enfants de 8

à 13 ans. Ils observent alors que cette dimension n'est pas reliée aux TCA. Pour leur part, Castro, Gila, Gual, Lahortiga et Saura [21] soulèvent l'idée que chez des adolescentes de 15 ans ayant un diagnostic d'AN, tant le POS que le PSP corrélaient positivement avec les TCA. Néanmoins, la corrélation entre le POS et la mesure des TCA est plus forte que celle observée entre cette dernière et le PSP [21]. Ensuite, chez des filles de 13 ans, seul un haut niveau de POS prédit significativement les attitudes et les comportements associés à la boulimie (BN) et à l'AN [22]. Dans un même ordre d'idée, Castro-Fornieles et al. [23] rapportent que chez des filles âgées de 10 à 31 ans, seul le POS prédit les TCA. Enfin, les filles ayant un diagnostic d'AN ont un niveau de POS significativement supérieur comparativement à la population générale sans que leur score sur la mesure de PSP ne puisse les distinguer de la population générale [21]. Qui plus est, le POS distingue celles ayant un diagnostic d'AN ou de BN de celles présentant un trouble dépressif, anxieux ou d'adaptation, sans que ce ne soit le cas pour le PSP [23]. Bref, il apparaît que le POS est une dimension plus spécifique aux TCA que le PSP.

Selon Flett et al. [2], les traits perfectionnistes émergent à l'enfance. Pourtant, comme le soulignent DiBartolo et Varner [3], les études sur cette thématique sont principalement réalisées auprès des adultes et des adolescents. DiBartolo et Varner [3] expliquent le peu d'études dans ce domaine par l'absence d'instruments d'évaluation psychométrique du perfectionnisme pour les préadolescents. Actuellement, quelques outils sont disponibles comme le *Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale* [4] (mesure quatre dimensions du perfectionnisme : *Sensitivity to Mistakes*, *Contingent Self-Esteem*, *Compulsiveness* et *Need for Admiration*), le *Perfectionistic Self-Presentation Scale-Junior Form* [5] (mesure le besoin de paraître parfait aux yeux des autres selon trois sous-échelles : *Perfectionistic Self Promotion*, *Nondisplay of Imperfection* et *Nondisclosure of Imperfection*) et le *Child and Adolescent Perfectionism Scale (CAPS)* [Flett, Hewitt, Boucher, Davidson, & Munro, 1997; voir 3] (mesure le perfectionnisme selon ses dimensions sociales avec deux sous-échelles : *Self-Oriented Perfectionism* et *Socially Prescribed Perfectionism*). Toutefois, seul le CAPS mesure le POS et le PSP, et contrairement au PANPS, il ne distingue pas le perfectionnisme positif du perfectionnisme négatif.

Par conséquent, l'objectif de cette étude est d'adapter les énoncés qui composent théoriquement les sous-échelles de PPOS et de PNOS du EPPN pour des enfants de 6 à 9 ans (EPPN-2) et de décrire leurs qualités psychométriques. Adapter et valider ces sous-échelles pour

les enfants francophones permettra d'offrir aux chercheurs un outil pour améliorer l'état des connaissances dans le domaine puis potentiellement d'améliorer la prévention des traits perfectionnistes.

## Méthode

### Participants

Quatre cent trente garçons et filles de 6 à 9 ans participent à l'étude. Il s'agit de 240 filles (âge moyen = 7,43 ans, ÉT = 0,91) et de 188 garçons (âge moyen = 7,62 ans, ÉT = 0,93). Les données concernant le sexe sont manquantes pour deux personnes. Les enfants sont recrutés sur une base volontaire dans quatre écoles primaires dans une région au sud de Montréal et ils fréquentent une classe ordinaire de la première à la troisième année. Les parents ainsi que les enfants consentent à l'étude en signant un formulaire écrit remis aux participants deux semaines avant la collecte des données.

### Instruments

Les données sont recueillies par des questionnaires. Elles sont issues d'une étude plus large qui a entre autres pour objectif d'adapter et de valider quatre questionnaires pour des enfants de 6 à 9 ans et d'étudier les liens entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les facteurs mesurés par ces questionnaires. Les versions originales des questionnaires sont validées auprès d'une population plus âgée que celle de la présente étude. Tel que les deux sous-échelles du *EPPN*, chacun des questionnaires a été préalablement adapté pour la population cible, soit les enfants de 6 à 9 ans. Ainsi, puisque les qualités psychométriques des versions adaptées des questionnaires feront l'objet de publications à venir, la description des questionnaires qui suit correspond à celle des versions originales. Il est par contre à noter que les analyses statistiques permettant d'évaluer les qualités psychométriques des versions adaptées suggèrent qu'elles sont satisfaisantes. De plus, les corrélations de Pearson rapportées ici afin d'estimer la validité convergente du *EPPN* adapté sont aussi rapportées dans les articles de validation des autres questionnaires.

### **Le perfectionnisme.**

Le perfectionnisme est évalué par les dix énoncés qui composent théoriquement la sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi (PPOS) et par les dix énoncés de la sous-échelle de perfectionnisme négatif orienté vers soi (PNOS) du *EPPN* [1]. Le *EPPN* est adapté pour les adolescents francophones de 13 à 16 ans et il est développé à partir du *PANPS* de Terry-Short et al. [6]. L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne de la sous-échelle PPOS varie de 0,74 à 0,80 et de 0,78 à 0,85 pour la sous-échelle PNOS [1]. Les alphas pour la fidélité test retest sont de 0,70 pour les deux sous-échelles [1]. Les participants indiquent à quel point ils sont d'accord avec les énoncés sur une échelle de type Likert de 1 (tout à fait en accord) à 6 (tout à fait en désaccord) points.

### **Les troubles des conduites alimentaires.**

Les comportements et les attitudes liés aux TCA sont évalués par le *Children's Version of the Eating Attitudes Test-F* (*ChEAT-F*) de Senécal [24]. Le *ChEAT-F* est adapté en français pour les enfants de 8 à 13 ans et il est inspiré du *Children's Version of the Eating Attitudes Test* [25]. Le *ChEAT-F* est un questionnaire autorapporté comprenant 26 énoncés gradués sur une échelle de 1 (toujours) à 6 (jamais) points mesurant la fréquence des attitudes et des comportements associés aux TCA (ex. : J'ai peur d'être gros). Le score global varie de 0 à 78 et ceux qui obtiennent un score de 20 et plus sont à risque d'avoir un TCA [24]. L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne varie de 0,78 à 0,79 et l'indice pour la stabilité temporelle par test retest est de 0,71 [24].

### **Le sentiment d'efficacité personnelle.**

Le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA) est mesuré par l'adaptation francophone du *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F* (*EDRSQ-F*) de Couture, Lecours, Beaulieu-Pelletier, Philippe et Stychar [26]. Le *EDRSQ-F* s'adresse aux adultes et il est développé à partir du *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire* de Pinto, Guarda, Heinberg et Diclemente [27]. Deux sous-échelles composent cet instrument soit le *Normative Eating Self-Efficacy* (*NESE*) et le *Body Self-Efficacy* (*BISE*). Le *NESE* comprend 14 énoncés et mesure la confiance quant à sa capacité à manger sans adopter des comportements

et des attitudes caractéristiques des TCA (ex. : faire de l'exercice physique excessivement, des purges, des restrictions ou des crises de boulimie). En contrepartie, la sous-échelle *BISE* inclut 9 énoncés et elle mesure la confiance quant à sa capacité à maintenir une image corporelle réaliste qui n'est pas dominée par une recherche malsaine pour la minceur. Les énoncés sont gradués sur une échelle de 1 (pas du tout confiant) à 5 (extrêmement confiant) points (ex. : Je peux manger un repas familial à un rythme normal). L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne est de 0,96 pour la sous-échelle *NESE* et de 0,91 pour la sous-échelle *BISE* [26]. L'alpha pour la stabilité temporelle est de 0,91 pour la sous-échelle *NESE* et de 0,89 pour la sous-échelle *BISE* [26]. Notons cependant que lors de l'analyse de la structure factorielle du *EDQRS-F* adapté pour les enfants de 6 à 9 ans, le test du coude de Cattell et la matrice des composantes (forte corrélation positive entre les deux facteurs) suggèrent d'utiliser le score total plutôt que celui des sous-échelles. C'est pourquoi seul le score total du questionnaire est rapporté dans la section résultats.

## Procédure

La méthode de validation du *EPPN-2* suit les étapes proposées par Vallerand [7].

### Adaptation du questionnaire.

Trois étudiants au doctorat en psychologie ainsi qu'un professeur ont adaptés la formulation des énoncés du *EPPN-2* afin de s'assurer qu'ils correspondent aux capacités langagières des enfants de 6 à 9 ans. Par approche de type comité, quatre versions du questionnaire ont donc été réalisées et comparées afin de ne parvenir qu'à une seule version. En plus des altérations relatives à la formulation des énoncés, des changements ont été effectués quant au format du questionnaire. Premièrement, les choix de réponse variant 1 à 6 points dans la version francophone du questionnaire ont été réduits de 1 à 4 points afin de faciliter son administration à de jeunes enfants. Deuxièmement, dans la version originale du *EPPN*, les participants doivent indiquer leur degré d'accord avec les énoncés. D'après Senécal [24], cette formulation des choix de réponse entrave la compréhension des enfants de 8 à 12 ans quant au fonctionnement du questionnaire. Pour pallier ce problème, dans la présente adaptation du questionnaire, il est plutôt demandé à l'enfant d'indiquer à quel degré l'énoncé le décrit (1=

vraiment différent de moi, 2= différent de moi, 3= comme moi, 4= vraiment comme moi).

Troisièmement, la capacité à faire preuve d'abstraction se développe au cours de l'adolescence et même jusqu'à la fin de cette période [28, 29]. Alors, il est probable qu'une échelle de type Likert exigeant des capacités de raisonnement abstrait incommode les enfants. Pour permettre une meilleure représentation des choix de réponse, des symboles ont alors été ajoutés au questionnaire. Par exemple, sous le choix de réponse 1 (vraiment différent de moi) apparaissent les images d'un chat et d'un chien et sous le choix de réponse 4 (vraiment comme moi) apparaissent deux images de chats identiques.

### **Pré-test.**

Deux enfants de six ans ont ensuite répondu à la version expérimentale du questionnaire. Cette étape a permis d'apporter quelques ajustements supplémentaires à la formulation des énoncés. Après quoi, un second pré-test dans une classe de la première année du primaire a eu lieu. Lors de ce prétest, les énoncés du *EPPN-2* étaient lus à voix haute et les enfants et l'enseignant identifiaient ceux qui étaient ambigus. Par la suite, selon l'approche de type comité, les modifications nécessaires ont été effectuées en tenant compte des commentaires des participants.

### **Étude principale.**

Ensuite, à un intervalle de deux semaines, deux journées de collecte de données ont été planifiées. Lors de ces journées, les assistants de recherche ont remis aux enfants la version finale du questionnaire ainsi que les deux autres questionnaires. Un paravent en carton leur a également été distribué, les enfants l'installaient devant leurs questionnaires dans le but de préserver la confidentialité de leurs réponses. Puis, les assistants ont lu les énoncés des questionnaires aux enfants et ces derniers y répondaient au fur et à mesure.



## Résultats

### Analyse factorielle

Une analyse factorielle confirmatoire aurait pu être utilisée afin de comparer l'équivalence des matrices de covariance des versions originales (anglaise et française) à celle de la version à l'étude. Toutefois, les données de matrice de covariance des versions originales ne sont pas disponibles. Ainsi, une analyse en composantes principales avec rotation varimax a été effectuée. Les articles de validation du questionnaire en anglais et de sa version en français ont par ailleurs eu recours à cette technique statistique. Une analyse en composantes principales avec rotation varimax sans spécifier le nombre de facteurs est alors conduite à chacun des deux temps de mesure (le critère de Kaiser est appliqué). D'après ces deux analyses, les énoncés se divisent en quatre facteurs. Toutefois, le quatrième facteur ne retient que deux énoncés au premier temps de mesure et qu'un seul énoncé au second temps de mesure. De plus, selon les graphiques des valeurs propres du test des éboulis, seuls deux facteurs devraient être retenus. Ainsi, pour chacun des temps de mesure, une seconde analyse en composantes principales spécifiant la présence de deux facteurs est réalisée. La répartition des énoncés au premier temps de mesure est similaire à celle attendue. C'est-à-dire que les énoncés se divisent selon leur fonction, positive ou négative, et seul l'énoncé neuf étant un énoncé positif sature avec les énoncés du facteur négatif. Le facteur 1 (facteur négatif) explique 17,83 % de la variance et le facteur 2 (facteur positif) en explique 15,53 %, pour un total de variance expliquée de 33,37 %. Au deuxième temps de mesure, mis à part l'énoncé neuf, les énoncés se répartissent aussi selon leur fonction positive ou négative respective. La valeur du coefficient de saturation de l'énoncé neuf est de 0,41 sur le facteur 1 et de 0,37 sur le facteur 2 ce qui indique qu'il contribue de façon presque équivalente à chacun des facteurs. Le facteur 1 explique 20,57 % de la variance et le facteur 2 explique 17,31 % de la variance pour un total de 37,88 %. Le tableau 1 présente la répartition des coefficients de saturation des facteurs de cette deuxième analyse.

---

Insérer tableau 1

---

Puisque la structure obtenue au premier et au deuxième temps est similaire, seuls les résultats du deuxième temps sont présentés. Qui plus est, afin de comparer les résultats à ceux des écrits scientifiques, l'énoncé neuf est inséré dans le facteur positif. Enfin, une transformation racine carrée est réalisée sur les scores totaux des sous-échelles dans le but de normaliser la distribution ayant une asymétrie négative sur le PPOS et positive sur le PNOS.

### **Cohérence interne et fidélité test retest**

L'analyse de la cohérence interne montre un alpha de Cronbach de 0,76 pour le PPOS et de 0,81 pour le PNOS. Lorsque l'énoncé neuf est retiré, l'alpha de Cronbach pour le PPOS est de 0,72 ce qui démontre que l'énoncé ne nuit pas à la cohérence interne du facteur.

Des corrélations de Pearson sont également calculées afin de vérifier la stabilité temporelle entre les deux temps de mesure. Les données montrent des corrélations significatives et positives pour le PPOS de  $r(368) = 0,67$  ( $p < 0,001$ ) ainsi que pour le PNOS de  $r(368) = 0,66$  ( $p < 0,001$ ).

### **Validité de construit**

Des corrélations de Pearson sont effectuées entre le score du PPOS et du PNOS avec deux mesures des comportements alimentaires. Pour ce qui est du PPOS, le *ChEAT-F*, ne corrèle pas avec cette mesure. Cependant, le PPOS corrèle significativement et positivement avec le *EDRSQ-F* ( $r(398) = 0,19$  ( $p < 0,001$ )). En ce qui concerne le PNOS, il corrèle significativement et positivement avec le *ChEAT-F* ( $r(398) = 0,33$  ( $p < 0,001$ )) mais négativement avec le *EDRSQ-F* ( $r(398) = -0,16$  ( $p < 0,001$ )).

## **Discussion**

Le but de cette étude est d'adapter les énoncés du POS du *EPPN* pour les enfants de 6 à 9 ans de langue française du Québec et d'évaluer ses qualités psychométriques. Afin de répondre à cet objectif, la structure factorielle de la version modifiée des sous-échelles a d'abord été analysée. Les données supportent une interprétation bidimensionnelle du POS telle que le sous-tend la théorie de Terry-Short et al. [6]. Ces auteurs postulent que les énoncés du POS se divisent

selon leur fonction positive ou négative. La fonction positive réfère à la recherche de conséquences positives et la fonction négative réfère à l'évitement de conséquences négatives. Rappelons que le perfectionnisme positif correspond à la tendance à rechercher des conséquences positives et que le perfectionnisme négatif correspond à la tendance à l'éviter des conséquences négatives [6]. Les données soutiennent alors que déjà chez les enfants, ces deux tendances se distinguent. Contrairement à la version originale du questionnaire et à la version francophone, l'énoncé neuf « quand je fais une compétition, je veux être le meilleur » ne correspond pas à un indice de perfectionnisme positif, mais plutôt à un indice de perfectionnisme négatif. Une explication possible à ce résultat est que l'enfant tente d'être le meilleur puisqu'il est motivé par le désir d'éviter un échec plutôt que par une recherche d'approbation des autres. L'énoncé neuf du *EPPN-2* pourrait donc constituer un faux positif, il repèrerait à tort des traits de perfectionnisme négatif. De plus, selon Seidah et al. [1] cet énoncé sature davantage avec le facteur de PSP qu'avec le facteur de POS. Certes, l'interprétation de cet énoncé est ardue et exige plus d'approfondissement. Adapter pour les enfants de 6 à 9 ans la sous-échelle de PSP et la valider pourraient notamment apporter plus d'éclaircissements en permettant de vérifier avec quelle source sociale cet énoncé sature.

Des analyses statistiques sont aussi produites afin d'évaluer la validité et la fiabilité des sous-échelles. Puisque Terry-Short et al. [6] ne rapportent pas ces indices et que les autres études de validation du *PANPS* ne les rapportent que pour les facteurs positif ou négatif, les résultats quant à la cohérence interne et à la fiabilité test retest du PPOS et du PNOS ne peuvent être comparés qu'à ceux de la version francophone. Ainsi, les alphas de Cronbach pour le PPOS et le PNOS du *EPPN-2* sont comparables à ceux du *EPPN* et ils sont satisfaisants. Pour ce qui est des indices de fiabilité temporelle, ils sont comparables à ceux de Seidah et al. [1]. Bien qu'ils puissent sembler faibles (PPOS= 0,67; PNOS= 0,66) ils se situent à la limite du 0,70 suggéré par Carter, Godoy et Marakovitz [30] comme étant un bon coefficient test retest et ils dépassent le seuil de satisfaction de 0,60 indiqué par Vallerand [7]. Qui plus est, plus la population étudiée est jeune, plus il est typique d'observer des indices test-retest moins élevés [30, 31]. Il est alors possible d'émettre l'hypothèse selon laquelle l'indice de stabilité temporelle de l'échelle de POS a pu être affectée négativement parce que la population étudiée est en bas âge.

D'après les analyses corrélationnelles le PPOS n'est pas associé aux caractéristiques des TCA, mais plus un enfant montre des signes de PNOS plus il présente des attitudes et des comportements associés aux TCA. Également, un enfant qui a des traits de PNOS est plus enclin à avoir un faible SEPA. À l'inverse, celui qui a des traits de PPOS est plus enclin à avoir un SEPA élevé. Ces données suggèrent tel que l'avaient postulé Terry-Short et al. [6], que le perfectionnisme positif est associé à des traits adaptatifs et le perfectionnisme négatif est associé à des traits mésadaptés. Étant donné que l'aspect sain du perfectionnisme positif est un sujet controversé dans les écrits scientifiques [8], Flett et Hewitt [32] soulignent l'importance pour le milieu clinique de clarifier sa nature. Ces auteurs avancent l'hypothèse que si le perfectionnisme positif est réellement sain, les cliniciens devraient orienter leurs interventions afin de transformer le perfectionnisme négatif en une forme positive plutôt que de tenter d'éliminer tous les traits de perfectionnisme [32]. Les résultats de la présente étude appuient l'idée d'un perfectionnisme sain pour le PPOS chez les enfants suggérant de ne pas éliminer tous traits de perfectionnisme chez ces derniers. Néanmoins, le PPOS n'est pas associé négativement avec la mesure des TCA, ces recommandations doivent donc être appliquées avec précaution. En effet, il ne faudrait pas maladroitement conclure que favoriser le développement de traits associés au PPOS promouvrait nécessairement le bien-être des enfants. Il s'agit ici peut-être de trouver un ajustement entre ce qui est un taux de traits de PPOS adéquat et un taux qui serait trop important et donc potentiellement nuisible pour la personne.

Les corrélations entre les deux dimensions du perfectionnisme retenues ici et la mesure des caractéristiques des TCA et du SEPA sont difficilement comparables à celles disponibles dans les écrits scientifiques. Pour ce qui est du lien entre le perfectionnisme et les TCA, les études sur cette thématique s'intéressent généralement à la source sociale du perfectionnisme (ex. : POS versus PSP) sans tenir compte de sa fonction positive ou négative. Ces études montrent néanmoins que le POS corrèle positivement avec des mesures des TCA [21-23] ce qui corrobore la corrélation positive obtenue dans cette étude entre le PNOS et la mesure des attitudes et des comportements associés aux TCA. Une nuance supplémentaire à considérer dans la comparaison des résultats de cette étude à ceux de Castro et al. [21], Castro-Fornieles et al. [23] et de McVey et al. [22] tient au fait que les échantillons de ces auteurs ne sont pas composés d'enfants mais plutôt d'adolescent ou d'adultes. Ensuite, pour ce qui est des relations entre le

perfectionnisme et le SEPA, aucune étude ne rapporte le lien entre ces facteurs. Les auteurs rapportent plutôt le lien entre le perfectionnisme et le sentiment d'efficacité personnelle général (SEP). De plus, parmi les deux études qui portent sur le perfectionnisme et le SEP, une seule s'intéresse spécifiquement au POS, quoiqu'elle ne considère pas sa fonction positive ou négative. Ainsi, Hart, Gilner, Handal et Gfeller [33] indiquent que le SEP d'hommes et de femmes corrèle négativement le POS. Le sens de la relation entre les facteurs est le même que celui observé entre PNOS et le SEPA dans le cadre de cette étude, mais il est contraire à celui observé entre le PPOS et le SEPA. Puis, pour leur part, Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton et Joiner [34] indiquent que le SEP de femmes ne corrèle pas avec la sous-échelle *Perfectionism* du *EDI* ce qui ne corrobore pas les corrélations significatives obtenues dans cette étude. La mesure utilisée par Bardone-Cone et al. [34] pour évaluer le perfectionnisme peut contribuer à l'absence de corrélation significative. En effet, la présente étude montre que les corrélations entre le perfectionnisme et le SEPA ont un sens différents selon la fonction du perfectionnisme. La sous-échelle *Perfectionism* du *EDI* ne possède pas cette spécificité qui est de distinguer la fonction positive ou négative du perfectionnisme. Bref, même si les données rapportées dans le présent article qui portent sur le lien entre le POS qu'il soit positif ou négatif et les attitudes et comportements associés aux TCA et le SEPA sont d'une part difficilement comparables à ceux des écrits scientifiques, mais d'une autre part, elles constituent un apport original aux écrits scientifiques recensés. De plus, il s'agit de la première étude de validation des deux sous-échelles du *EPPN-2*. Confirmer la validité du questionnaire avec d'autres études pourrait aussi amener plus de certitude dans les corrélations observées entre les deux dimensions du perfectionnisme mesurées et les caractéristiques des TCA et le SEPA.

### **Limites de l'étude et suggestions pour les études futures**

Les données de la présente étude doivent être interprétées en tenant compte de quelques limites. En premier lieu, la validité de construit du questionnaire pourrait être mieux établie en adoptant d'autres mesures de la validité de convergence, mais aussi en ajoutant une mesure de la validité apparente. Pour ce qui est de la validité de convergence, elle n'est établie que par rapport à deux échelles liées aux comportements alimentaires. Plusieurs données empiriques appuient ce choix d'échelles de mesure, mais il serait intéressant d'utiliser des échelles moins restreintes quant à leur domaine d'application et qui sont aussi reconnues pour corrélérer avec le

perfectionnisme tel des mesures de dépression, d'anxiété ou d'estime de soi [17, 18]. Dans l'optique d'obtenir plus de preuve de la validité convergente des énoncés du POS du *EPPN-2*, il serait pertinent d'ajouter d'autres mesures du perfectionnisme et de rapporter leurs corrélations. Toutefois, un travail d'adaptation et de validation de questionnaires s'impose, car aucune échelle de perfectionnisme validé auprès d'enfants n'existe en langue française. Le *CAPS* et le *Almost Perfect Scale-Revised* sont validés dans une population francophone, mais ils s'adressent aux adolescents de 10 à 17 ans [35]. Le *FMPS* est validé en français, mais il s'adresse aux adultes [36]. Enfin, en ce qui concerne la validité apparente, celle-ci aurait pu être mesurée en demandant à des experts de juger la concordance entre les énoncés de la sous-échelle et le construit sous-jacent (dans ce cas, le POS). Toutefois, cette option pour évaluer la validité apparente ne figure pas dans les étapes suggérées par Vallerand [7] pour établir la validité de construit. En deuxième lieu, puisqu'il est généralement admis que le POS et le PSP entretiennent des liens différentiels avec diverses mesures de fonctionnement global [37-40], il serait souhaitable de procéder à l'adaptation des 20 autres énoncés du *EPPN*, soit ceux référant au PSP. Ce travail supplémentaire serait favorable à l'étude de populations variées et serait aussi utile pour les cliniciens et les chercheurs qui s'intéressent au perfectionnisme. En troisième lieu, la capacité à généraliser la distinction adaptative et mésadaptée du perfectionnisme à un large éventail de populations est restreinte. Les participants sont des enfants n'ayant pas nécessairement un problème psychiatrique. Il est donc essentiel de vérifier par exemple si les enfants de la population générale obtiennent un score plus élevé sur la sous-échelle de perfectionnisme positif et moins élevé sur la sous-échelle de perfectionnisme négatif que des enfants d'un échantillon clinique avant de conclure avec certitude que les énoncés du POS du *EPPN-2* mesurent le perfectionnisme adaptatif et mésadapté.

Somme toute, malgré ces limites, les résultats supportent la validité des sous-échelles du PPOS et du PNOS du *EPPN-2*. Celles-ci peuvent donc être utilisées en recherche ou en clinique pour mesurer ces types de perfectionnisme auprès des enfants de 6 à 9 ans. Elles sont les premières à être adaptées et validées pour cette population qui tiennent compte de la fonction positive et négative du POS. Cet outil apparaît donc combler la limite soulevée par DiBartolo et Varner [3] au fait que le perfectionnisme est une thématique peu abordée chez les jeunes dû au manque d'instrument disponible. Adapter ces sous-échelles pour les 6 à 9 ans est d'autant plus



important sachant que ces traits se développent à l'enfance [2]. Bref, elles ont un potentiel en recherche pour alimenter les connaissances scientifiques, mais aussi en clinique afin de déceler la présence de traits mésadaptés dès leurs premières manifestations.

Conflit d'intérêt : aucun

## Références

- [1] Seidah A, Bouffard T, Vezeau C. La mesure du perfectionnisme: validation canadienne française du Positive and Negative Perfectionism Scale. *Can J Behav Sci.* 2002;34(3):168-71.
- [2] Flett GL, Hewitt PL, Oliver JM. Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In: Flett GL, Hewitt PL, editors. *Perfectionism: Theory, research and treatment.* Washington, DC: American Psychological Association; 2002. p. 89-132.
- [3] DiBartolo PM, Varner SP. How children's cognitive and affective responses to a novel task relate to the dimensions of perfectionism. *J Ration Emot Cogn Behav Ther.* 2012;30:62-76.
- [4] Kenneth GR, Preusser KJ. The Adaptive/Maladaptive Perfectionism Scale. *Meas Eval Couns Dev.* 2002;34:210-22.
- [5] Hewitt PL, Blasberg JS, Flett GL, Besser A, Sherry SB, Caelian Cet al. Perfectionistic self-presentation in children and adolescents: development and validation of the Perfectionistic Self-Presentation Scale--Junior Form. *Psychol Assess.* 2011;23:125-42.
- [6] Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. *Pers Individ Dif.* 1995;18:663-8.
- [7] Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Can Psychol.* 1989;30:662-80.
- [8] Stoeber J, Otto K. Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Pers Soc Psychol Rev.* 2006;10:295-319.
- [9] Egan S, Piek J, Dyck M, Kane R. The reliability and validity of the positive and negative perfectionism scale. *Clin Psychol.* 2011;15:121-32.
- [10] Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cognit Ther Res.* 1990;14:449-68.

- [11] Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60:456-70.
- [12] Haase AM, Prapavessis H. Assessing the factor structure and composition of the Positive and Negative Perfectionism Scale in sport. *Pers Individ Dif.* 2004;36:1725-40.
- [13] Skinner BF. *Contingencies of reinforcement a theoretical analysis.* New-York: Appleton-Century-Crofts; 1969.
- [14] Slade PD, Owens RG. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behav Modif.* 1998;22:372-90.
- [15] Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychol: J Hum Behav.* 1978;15:27-33.
- [16] Chan DW. Positive and negative perfectionism among Chinese gifted students in Hong Kong: Their relationships to general self-efficacy and subjective well-being. *J Edu Gifted.* 2007;31:77-102.
- [17] Besharat MA. Evaluating psychometric properties of Farsi version of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Psychol Rep.* 2005;97:33-42.
- [18] Besharat MA. Reliability and factor validity of a Farsi version of The Positive and Negative Perfectionism Scale. *Psychol Rep.* 2009;105:99-110.
- [19] Fairburn CG, Shafran R, Cooper Z. A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behav Res Ther.* 1999;37:1-13.
- [20] Turgeon M-E, Forget J, Senécal C. Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants. *Prat Psychol.* 2011;17:315-28.
- [21] Castro J, Gila A, Gual P, Lahortiga F, Saura B. Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *J Adolesc Health.* 2004;35:392-8.



- [22] McVey GL, Pepler D, Davis R, Flett GL, Abdoell M. Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *J Early Adolesc.* 2002;22:75-95.
- [23] Castro-Fornieles J, Gual P, Lahortiga F, Gila A, Casulà V, Fuhrmann Cet al. Self-oriented perfectionism in eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2007;40:562-8.
- [24] Senécal C. Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires pour enfant auprès d'une population francophone [Unpublished Doctoral dissertation]. Montréal, Canada: Université du Québec à Montréal; 2010.
- [25] Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, Bonny S, B. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatr.* 1989;84:482-9.
- [26] Couture S, Lecours S, Beaulieu-Pelletier G, Philippe FL, Stychar I. French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *Eur Eat Disord Re.* 2010;18:234-43.
- [27] Pinto AM, Guarda AS, Heinberg LJ, Diclemente CC. Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *Int J Eat Disord.* 2006;39:376-84.
- [28] Rosso IM, Young AD, Femia LA, Yurgelun-Todd DA. Cognitive and emotional components of frontal lobe functioning in childhood and adolescence. *Ann N Y Acad Sci.* 2004;1021:355-62.
- [29] Yurgelun-Todd DA. Emotional and cognitive changes during adolescence. *Curr Opin Neurobiol.* 2007;17:251-7.
- [30] Carter AS, Godoy L, Marakovitz SE. Parent reports and infant-toddler mental health assessment. In: Zeanah CH, editor. *Handbook of infant mental health.* NY: The Guilford Press; 2009. p. 233-51.
- [31] Strelau J, Zawadzki B. Temperament from a psychometric perspective: Theory and measurement. In: Boyle GJ, Matthews G, Saklofske DH, editors. *The Sage handbook of personality theory and assessment.* London: Sage Publications; 2008. p. 352-74.

- [32] Flett GL, Hewitt PL. Positive versus negative perfectionism in psychopathology: a comment on Slade and Owens's dual process model. *Behav Modif.* 2006;30:472-95.
- [33] Hart BA, Gilner FH, Handal P, Gfeller JD. The relationship between perfectionism and self-efficacy. *Pers Individ Dif.* 1998;24:109-13.
- [34] Bardone-Cone AM, Abramson LY, Vohs KD, Heatherton TF, Joiner TE. Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behav Res Ther.* 2006;44:27-42.
- [35] Douilliez C, Hénot E. Mesures du perfectionnisme chez l'adolescent: Validation des versions francophones de deux questionnaires. *Can J Behav Sci.* [Advance online publication]. 2013;45:64-71.
- [36] Rhéaume J, Freeston MH, Dugas MJ, Letarte H, Ladouceur R. Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther.* 1995;33:785-94.
- [37] Kilbert JJ, Langhinrichsen-Rohling J, Motoko S. Adaptive and maladaptive aspects of self-oriented versus socially prescribed perfectionism. *J Coll Stud Dev.* 2005;46:141-56.
- [38] Bas A, Müge D. Adaptation of the Child and Adolescent Perfectionism Scale to Turkish: The validity and reliability Study. *Elem Educ Online.* [Electronic version]. 2010;9(898-909).
- [39] Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: a clinical review. *Clin Psychol.* 2011;31:203-12.
- [40] Stoeber J, Childs JH. The assessment of self-oriented and socially prescribed perfectionism: Subscales make a difference. *J Pers Assess.* 2010 2010/10/19;92:577-85.

## Annexe

**Sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi et sous-échelle de perfectionnisme négatif orienté vers soi pour enfants\***

**Encerle le chiffre qui dit à quel point tu trouves que tu es comme l'enfant qui est décrit dans les questions.**

	Vraiment différent de moi 	Différent de moi	Comme moi	Vraiment comme moi 
1. Quand je commence quelque chose, je suis stressé de me tromper	1	2	3	4
2. Je suis fier quand je fais les choses parfaitement	1	2	3	4
3. Je veux tellement bien réussir que je n'arrive pas à le faire	1	2	3	4
4. Quand je fais quelque chose, je peux pas relaxer tant que c'est pas parfait	1	2	3	4
5. Quand je réussis quelque chose parfaitement, c'est une récompense pour moi	1	2	3	4
6. Si je fais une erreur, j'ai l'impression que tout est raté	1	2	3	4
7. Il faut toujours que je sois meilleur sinon je ne suis pas content	1	2	3	4
8. Je veux être parfait, mais je n'y arrive pas	1	2	3	4
9. Quand je fais une compétition, je veux être le meilleur	1	2	3	4
10. Il faut toujours que je me force de plus en plus pour devenir meilleur	1	2	3	4
11. Même quand je réussis quelque chose, je ne suis pas vraiment content	1	2	3	4





	Vraiment différent de moi 	Différent de moi	Comme moi	Vraiment comme moi 
12. Quand je réussis quelque chose, ça m'encourage à me forcer encore plus fort	1	2	3	4
13. Je me sens mal si ce que je fais n'est pas parfait	1	2	3	4
14. Je ne suis jamais content même si ce que j'ai fait est bon	1	2	3	4
15. Pour être parfait, il faut travailler super fort	1	2	3	4
16. Je suis super content quand je fais quelque chose de parfait	1	2	3	4
17. Je suis super content quand je travaille de toutes mes forces	1	2	3	4
18. J'aime ça faire des choses de plus en plus parfaites	1	2	3	4
19. J'aime mieux ne pas commencer quelque chose si je ne suis pas sûr que ça va être parfait	1	2	3	4
20. J'aime me donner des défis qui sont super difficiles	1	2	3	4

Tableau 1

*Coefficients de saturation des énoncés du PNOS et du PPOS du EPPN-2 après analyse en composantes principales avec rotation Varimax*

*Table 1 Factor loadings of the PNOS and the PPOS after a principal components analysis with varimax rotation*

Numéro de l'énoncé	Facteur 1 (PNOS)	Facteur 2 (PPOS)
6 (11)	<b>0,67</b>	0,11
7 (12)	<b>0,66</b>	0,15
11 (20)	<b>0,66</b>	-0,14
3 (4)	<b>0,65</b>	0,04
13 (26)	<b>0,65</b>	0,08
14 (27)	<b>0,61</b>	-0,08
19 (38)	<b>0,59</b>	-0,08
8 (13)	<b>0,58</b>	0,18
4 (7)	<b>0,55</b>	0,15
1 (1)	<b>0,52</b>	0,17
9 (18)	<b>0,41</b>	<b>0,37</b>
18 (37)	-0,04	<b>0,68</b>
16 (30)	0,12	<b>0,68</b>
15 (28)	0,18	<b>0,64</b>
2 (3)	-0,03	<b>0,62</b>
12 (25)	0,11	<b>0,61</b>
17 (34)	-0,09	<b>0,58</b>
10 (19)	0,26	<b>0,58</b>
5 (9)	0,12	<b>0,57</b>
20 (40)	0,15	<b>0,30</b>

*Notes.* PPOS= perfectionnisme positif orienté vers soi= *positive self-oriented perfectionism*; PNOS=

perfectionnisme négatif orienté vers soi= *negative self-oriented perfectionism*; EPPN-2= *Échelle de perfectionnisme positif et négatif-2*.

Le numéro de l'énoncé dans la version originale est indiqué entre parenthèses= item number of the original version is indicated in parentheses

## CHAPITRE IV

### VALIDATION FRANCOPHONE ET QUÉBÉCOISE DE LA SOUS-ÉCHELLE *WEIGHT-RELATED TEASING* DU *PERCEPTION OF TEASING SCALE* CHEZ LES ENFANTS

Article 3 : Accepté

Turgeon, M.E., Forget, F., et Bégin, J. 2013. « Validation francophone et québécoise de la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale* chez les enfants ». *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, vol.23, no 2, p.56-62.

Validation francophone et québécoise de la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale* chez les enfants

Validation in a French-speaking Quebec population of the subscale *Weight-Related Teasing* of the *Perception of Teasing Scale* for children

Marie-Eve Turgeon, Jacques Forget et Jean Bégin

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

C.P. 8888 succursale Centre-Ville,

Montréal, Québec

H3C 3P8, Canada

Téléphone : 1.514.987.3000 poste 2569

Télécopieur : (514) 987-7953

Nombre de mots : 5 133 mots (résumés, bibliographie et tableaux non compris)

#### Notes de l'auteur

Ce projet a été appuyé par le financement le Fonds de recherche du Québec - Société et culture.

L'auteur de la version originale du *Perception of Teasing Scale* et Taylor & Francis Ltd, ont donné leur autorisation pour cette traduction.

Conflit d'intérêt : aucun.

Les correspondances concernant cet article devraient être adressées à Marie-Eve Turgeon à l'adresse électronique suivante : [turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca)

## Résumé

Les moqueries que subissent les enfants au sujet de leur poids ont souvent des conséquences délétères. Sur le plan clinique, leur détection précoce est donc essentielle. Cependant, il n'existe pas de questionnaire validé en français pour mesurer ces moqueries. Développé pour les adultes le *Perception of Teasing Scale* (POTS) inclut une mesure des moqueries liées au poids (WT). Le but de l'étude est de traduire, d'adapter et de valider la sous-échelle WT du POTS pour les enfants francophones de six à neuf ans. Les participants sont 430 enfants (240 filles et 188 garçons, âge moyen = 7,51) du primaire. Ils complètent deux fois à un intervalle de deux semaines trois instruments : la version en français du POTS-WT, un questionnaire mesurant les troubles des conduites alimentaires (TCA) et un autre mesurant le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA). L'indice de masse corporelle (IMC) est aussi calculé. La présente version du POTS-WT montre une bonne cohérence interne, mais un indice test-retest plus faible. La fréquence des moqueries corrèle positivement avec les TCA et négativement avec le SEPA. Aucune corrélation n'est obtenue avec l'IMC. Les résultats appuient l'utilisation du POTS-WT en français pour la recherche clinique et pour le dépistage précoce.

*Mots clés* : Perception of Teasing Scale, Traduction, Victimisation, Questionnaire autorapporté, Qualités psychométriques

## Summary

**Introduction:** Weight-related teasing in children often result in damaging consequences. On a clinical level, early detection is therefore essential. However, there is no questionnaire validated in French to measure weight-related teasing. The *Perception of Teasing Scale* (POTS) (Thompson et al., 1995 [43]) developed for adults includes a measure for weight-related teasing (WT). This subscale includes six statements, which are each divided into two items. The first evaluates the frequency of teasing (WT-F) and the second evaluates the effects of teasing (WT-E).

**Objective:** The aim of this study was to translate, adapt and validate the subscale WT of POTS for 6- to 9-year-old French-speaking children in Quebec.

**Method:** The participants were 430 primary school children (240 girls and 188 boys, mean age = 7.51). The *POTS-WT* was first translated and adapted following Vallerand's validation procedure (Vallerand, 1989 [51]). The first version of the subscale was produced using the back translation method. This version was evaluated by a committee of experts to ensure that it remained as close to the English version as possible. The terms used in the statements were also reworded to correspond to the language skills of 6- to 9-year-old children. In addition, due to the fact that the English version is a retrospective measure of teasing, the statements were revised to measure current experience of teasing. The format of the questionnaire was also adapted to facilitate its completion by children. Then, a first pre-test of the subscale was carried out on two 6-year-old children and a second pre-test on a class of first-year primary school pupils. Finally, 430 children completed three measures twice (T1-T2) at a two-week interval: the French version of *POTS-WT*, a questionnaire measuring eating disorders (EDs) and another measuring eating self-efficacy (ESE). The parents also filled out the weight and height of their child on the consent form and the Body Mass Index (BMI) was calculated from this information.

**Results:** The average score of the total of *POTS-WT-F* ranged from 7.87 (SD = 4.06) to T1 and from 8.05 (SD = 4.54) to T2. The average of *POTS-WT-E* ranged from 2.87 (SD = 1.48) to T1 and from 2.85 (SD = 1.57) to T2. The current version of the *POTS-WT-F* showed good internal coherence (T1 = 0.86; T2 = 0.88). A total item analysis relating to sex was also conducted for the *POTS-WT-F* (Tables 1 and 2) to check if one of the items should be eliminated. The correlations of corrected elements varied from 0.53 to 0.83. A total item correlation below 0.40 is generally used as a cut-off point (Lounsbury et al., 2006 [54]). A six-item version was therefore retained. As with the original version, Cronbach's alpha of *POTS-WT-E* could not be calculated as there were not enough children who answered the six items. Because of the floor effect observed at T1 and at T2, the children's answers were dichotomized (1 versus 2, 3, 4 and 5). The Pearson correlations for test-retest reliability for the *POTS-WT-F* and the *POTS-WT-E* were moderated and were situated respectively at 0.55 ( $P < 0.001$ ) and at 0.31 ( $P < 0.001$ ). Then, the Pearson correlations were calculated in order to estimate the convergence of the *POTS-WT-F* and of *POTS-WT-E* with the other questionnaires (Table 3). The *POTS-WT-F* correlated positively with the measure of EDs (T1 = 0.30,  $P < 0.001$ ; T2 = 0.21,  $P < 0.001$ ) and negatively with the measure of ESE (T1 = -0.21,  $P < 0.001$ ; T2 = -0.25,  $P < 0.001$ ). On the other hand, no

significant correlation was found with the BMI. No significant correlations were found between the *POTS-WT-E* and the study variables.

**Discussion:** The results support the use of the *POTS-WT* in French for clinical research and for early detection amongst French-speaking children in Quebec.



## Validation francophone et québécoise de la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale* chez les enfants

La victimisation par les pairs n'est pas un phénomène nouveau [1]. Toutefois, son omniprésence et sa gravité sont récemment reconnues à l'échelle internationale [2]. Cette réalité qui constitue le quotidien de nombreux enfants [3] s'observe dès l'entrée à la maternelle et nombreux en sont victimes tout au long de leurs premières années scolaires [4]. Bien que la définition de la victimisation varie selon les auteurs, il se dégage un consensus voulant qu'elle réfère à des comportements récurrents perpétrés par autrui dont l'intention est de blesser ou d'intimider l'autre [5,6]. Elle implique aussi une relation de pouvoir asymétrique entre la victime et l'intimidateur [5,6]. La victimisation peut prendre diverses formes (ex. : traiter les autres de toutes sortes de noms, les rejeter, les frapper, inventer des histoires à leur propos), mais les plus fréquentes sont les moqueries [7,8]. Celles-ci correspondent à des comportements verbaux ou non verbaux qui combinent des éléments d'agression, d'humour et d'ambiguïté [9]. Elles peuvent cibler différents aspects de la personne (ex. : la performance, la vie scolaire, le contexte familial, l'apparence physique) [10], mais elles visent le plus souvent l'apparence physique [11] et plus particulièrement le poids corporel [12].

Maintes raisons justifient pourquoi il est prioritaire de s'intéresser spécifiquement aux moqueries liées au poids. D'abord, leur occurrence chez les enfants et les adolescents est élevée [13-15]. Elles sont aussi dirigées tant vers ceux qui ont un surpoids que vers ceux qui ont un poids normal [13-15]. Certes, les personnes ayant un surpoids sont davantage ciblées par ces moqueries que celles ayant un poids normal [13,14]. En effet, selon les données des États-Unis, le pourcentage d'individus victimes de moqueries en regard de leur poids varie de 13 à 45 % chez ceux qui ont un poids normal, mais il varie de 45 à 78 % chez ceux qui ont un surpoids [13-15]. Qui plus est, les moqueries liées au poids entraînent plus de perturbations du fonctionnement psychologique que celles liées à l'apparence générale [16]. Chez les enfants et les adolescents, elles sont notamment associées à la dépression [17-19], à l'anxiété [19], à l'idéation suicidaire et aux tentatives de suicide [18], à une faible estime de soi [17-19], à une moindre qualité de vie [20] et à l'insatisfaction corporelle [15,17,18,21,22]. Certains auteurs soulèvent aussi le fait qu'elles sont associées positivement aux attitudes et aux comportements caractéristiques des troubles des conduites alimentaires (TCA) [13,19,23,24] et à l'indice de masse corporelle (IMC)

[21,23,25]. Les TCA se caractérisent par des perturbations importantes des comportements reliés à l'alimentation (ex. : restrictions, crises de boulimie, comportements compensatoires inappropriés) et par une altération de la perception de la forme du corps ou du poids corporel [26]. Cependant, le lien entre les moqueries liées au poids et l'IMC ne fait pas l'unanimité, car d'autres auteurs soutiennent qu'il n'existe pas de relation entre ces facteurs [24,27]. Même si aucune étude chez les enfants ou les adolescents n'a vérifié le lien entre les moqueries liées au poids et le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA), chez les adultes, une relation linéaire négative est observée [28]. Le SEPA correspond à la confiance en ses capacités à contrôler son alimentation [28,29]. Plusieurs des études sur les conséquences des moqueries liées au poids citées précédemment sont exclusivement menées sur des échantillons de genre féminin. Lorsqu'elles concernent des populations mixtes, les analyses statistiques sont généralement indifférenciées en fonction du genre. Enfin, ce type particulier de moqueries n'est pas à négliger, car leur occurrence pendant l'enfance entraîne de lourdes conséquences qui se font ressentir jusqu'à l'âge adulte [16,30-34]. On compte entre autres une faible estime de soi, plus de symptômes dépressifs, d'insatisfaction corporelle et d'attitudes et de comportements associés aux TCA [16,30-34].

Cela dit, il est primordial d'identifier précocement les enfants qui sont la proie de moqueries liées à leur poids. Soit à partir du moment où ils sont l'objet de railleries, mais avant que les conséquences délétères n'apparaissent [35]. En pratique, il n'est cependant pas évident d'appliquer cette recommandation. En fait, les parents [36,37] et les enseignants [37-39] ont tendance à sous-estimer l'ampleur du phénomène de victimisation. Cela peut être attribuable à quelques éléments. D'abord, moins de la moitié des enfants du primaire victimisés le dénoncent au personnel de leur école [1]. Le signalement est avant tout freiné par la croyance des enfants selon laquelle cette action ne pourra améliorer leur situation, voire même pourrait l'aggraver [1]. De plus, les épisodes de victimisation se produisent communément dans des lieux clos et discrets (ex. : dans les escaliers) ou dans les endroits où la surveillance des adultes est moindre (ex. : dans les toilettes) [40]. Dans cette optique, il est impératif de produire des instruments d'évaluation faciles et rapides à administrer. Pour les psychologues scolaires, un questionnaire mesurant la fréquence et l'effet des moqueries liées au poids serait utile lors de l'évaluation initiale pour déterminer la nature et l'importance des moqueries. Ce même questionnaire permettrait

également d'estimer l'évolution du problème en cours de suivi. Enfin, comme le soulignent Jensen et Steele [27] de tels outils peuvent également profiter aux chercheurs et aux cliniciens qui tentent de mettre sur pied des programmes de prévention.

Le Child-Adolescent Teasing Scale [41] et le Victimization Scale [42], pour ne citer que quelques exemples, sont des questionnaires autoadministrés validés auprès des enfants. Cependant, aucun n'est spécifique aux moqueries liées au poids. En revanche, bien qu'il ne soit pas originalement conçu pour les enfants, mais plutôt pour les Américaines anglophones de 17 à 42 ans, le Perception of Teasing Scale (*POTS*) [43] comprend une mesure des moqueries liées au poids. Le *POTS* inclut deux sous-échelles, l'une évalue les moqueries liées au poids (*Weight-Related Teasing* [*WT*]) et l'autre celles reliées aux compétences générales (*Competency Teasing* [*CT*]) [43]. La sous-échelle *WT* comprend six items et la sous-échelle *CT* en comprend cinq [43]. Il s'agit d'une mesure rétrospective où la personne indique la fréquence à laquelle elle a fait l'objet de moqueries lorsqu'elle était âgée de cinq à 16 ans [1]. Ensuite, si elle rapporte avoir fait l'objet de moqueries, elle indique l'effet des moqueries [1]. Récemment, Jensen et Steele [30] ont validé les deux sous-échelles du *POTS* auprès d'Américains de dix à 11 ans. Dans cette version du questionnaire, les participants indiquent à quelle fréquence ils ont fait l'objet de moqueries depuis la maternelle jusqu'à ce jour et le cas échéant, l'effet de ces dernières [30]. Les résultats de Jensen et Steele [30] confirment la structure bifactorielle de la version originale du *POTS*. De plus, des tests d'invariance de la mesure sont effectués et indiquent que les deux construits sont équivalents chez les filles et les garçons [27]. Enfin, Lopez-Guimera et al., [46] ont traduit les deux sous-échelles du *POTS* en castillan et les ont adaptées pour les adolescents de 12 à 17 ans provenant de l'Espagne. Dans cette version, le participant doit répondre au questionnaire en se référant aux cinq dernières années. Lopez-Guimera et al. [44] suggèrent une version à quatre items pour la sous-échelle *WT*. Deux paires d'items (item 1 et item 2; item 5 et item 6) sont redondants et la suppression des items 1 et 6 améliore la validité de contenu du questionnaire [44]. La sous-échelle *CT* conserve le même nombre d'items que la version d'origine [44]. La sous-échelle *WT* a aussi été adaptée pour des femmes et des hommes de 12 à 21 ans de la Chine [45], pour des adolescentes de la Suède [21] et pour des adolescentes de l'Australie [21]. En revanche, ces versions n'ont pas été validées et seule leur cohérence interne est rapportée. Enfin, malgré toutes ces adaptations, le *POTS* demeure une mesure rétrospective,

ce qui implique qu'il est sujet aux biais de rappel et qu'il ne permet pas d'estimer l'expérience présente des moqueries.

Considérant la fréquence élevée des moqueries liées au poids, la difficulté des adultes à les déceler et les graves conséquences qu'elles engendrent, il est incontournable de mettre à la disposition des chercheurs et des cliniciens francophones un outil d'évaluation adapté pour les enfants qui puisse mettre en lumière l'expérience présente de ce type de victimisation. Ainsi, l'objectif visé par cette étude est de traduire, d'adapter et de valider la sous-échelle *WT* du *POTS* pour les enfants francophones et québécois de six à neuf ans.

## Méthode

### Participants

Les participants sont 430 enfants âgés de six à neuf ans. Ils sont recrutés parmi quatre écoles de la région du sud de Montréal et ils fréquentent une classe régulière de l'une des trois premières années du primaire. L'échantillon est composé de 240 filles (âge moyen = 7,43 ET = 0,91) et de 188 garçons (âge moyen = 7,62 ET = 0,93). Les données relatives au genre sont manquantes pour deux enfants. L'IMC moyen des filles est de 17,1 (ET = 5,02) et celui des garçons est de 16,9 (ET = 3,45). Selon les valeurs seuils recommandées pour les Canadiens de cinq à 19 ans [46], cinq filles et deux garçons font de l'embonpoint ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) et quatre filles et deux garçons sont obèses ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).

### Mesures

Mis à part l'IMC, les données sont amassées par des questionnaires autoadministrés. Elles sont tirées d'une étude plus large qui a entre autres pour objectif d'adapter et de valider quatre questionnaires pour des enfants, dont la sous-échelle *WT* du *POTS*. Les articles de validation des autres questionnaires sont en cours de préparation. Par conséquent, la description des questionnaires qui suit porte sur les versions originales. Il est aussi à noter que dans ces articles de validation, des corrélations Pearson sont également rapportées afin d'estimer la validité convergente des questionnaires. Certaines des corrélations présentées ici n'apparaissent donc pas que dans cet article.

## Moqueries liées au poids

Les moqueries liées au poids sont mesurées par la sous-échelle *WT* du *POTS* [43]. Le *POTS* est développé et validé auprès d'un échantillon d'Américaines anglophones de 17 à 42 ans. La sous-échelle *WT* est composée de six énoncés qui se divisent chacun en deux items. L'un évalue la fréquence des moqueries (*WT-F*) (1 = jamais, 5 = très souvent) et l'autre l'effet des moqueries (*WT-E*) (1 = pas de peine, 5 = beaucoup de peine). La note des items du *WT-F* varie de 1 à 30. Plus elle est élevée, plus les moqueries sont fréquentes. La note des items du *WT-E* varie de 1 à 5 et plus elle est élevée, plus les moqueries génèrent de la détresse. La sous-échelle *WT* possède un alpha de Cronbach de 0,88 [43]. La fidélité temporelle est estimée à 0,90 pour les items du *WT-F* et à 0,85 pour ceux du *WT-E* [43].

## Comportements et attitudes caractéristiques des troubles des conduites alimentaires

Le *Children's Version of the Eating Attitudes Test-F* (*ChEAT-F*) [47] est utilisé afin de mesurer les attitudes et les comportements associés aux TCA. Il est composé de quatre facteurs, soit le facteur « diète »<sup>1</sup>, « restriction », « préoccupation alimentaire et boulimie » et « contrôle oral » [47]. Le *ChEAT-F* s'adresse aux enfants francophones de huit à 13 ans et il est inspiré du *Children's Version of the Eating Attitudes Test* de Maloney, McGuire, et Daniels [48]. Il comprend 26 énoncés gradués sur une échelle à six points (1 = toujours, 6 = jamais). La réponse la plus symptomatique reçoit une note de 3, la deuxième une note de 2 et la suivante une note de 1. Les trois autres réponses reçoivent une note de 0. Ainsi, la note totale varie de 0 à 78 et une note de 20 et plus signifie que l'enfant est à risque de développer un TCA [48]. Les alphas de Cronbach varient de 0,78 à 0,79 et la corrélation de Pearson pour la stabilité temporelle est 0,71 [47].

## Sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation

Le SEPA est mesuré par la version francophone du *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F* (*EDRSQ-F*) [49]. Le *EDRSQ-F* est tiré du *Eating Disorder Recovery*

<sup>1</sup> Pour une publication en français, le terme « régime » serait plus approprié que le terme « diète ». Cependant, puisqu'il s'agit du nom de l'un des facteurs du *ChEAT-F* attribué par l'auteur du questionnaire, celui-ci n'a pas été modifié.



*Self-Efficacy Questionnaire* [50]. Ces deux versions s'adressent aux adultes et elles comprennent deux sous-échelles : *Normative Eating Self-Efficacy (NESE)* et *Body Self-Efficacy (BISE)* pour un total de 23 énoncés. Toutefois, les analyses préliminaires de la version adaptée pour les enfants de six à neuf ans suggèrent qu'il est préférable d'utiliser une note globale<sup>2</sup>. Pour cette raison, seule la note globale du questionnaire sera traitée dans cet article. Les 23 énoncés du *EDRSQ-F* (ex. : Je peux essayer de nouveaux aliments sans me sentir anxieux) s'échelonnent sur une échelle à cinq points (1 = pas du tout confiant, 5 = extrêmement confiant). Les alphas de Cronbach sont respectivement de 0,96 et de 0,91 pour la sous-échelle *NESE* et la sous-échelle *BISE* [49]. Dans le même ordre, les indices pour la fidélité test-retest sont de 0,91 et de 0,89 [49].

### **Indice de masse corporelle**

Les parents rapportent sur le formulaire de consentement le poids et la taille de leur enfant. À partir de ces données anthropométriques, l'IMC est calculé selon la formule usuelle suivante : poids (kg) ÷ taille (m<sup>2</sup>).

### **Procédure**

La méthode de validation et de traduction de la sous-échelle *WT* du *POTS* est inspirée de Vallerand [51].

### **Traduction du questionnaire**

Un étudiant bilingue au doctorat en psychologie a d'abord traduit la sous-échelle en français. Ensuite, la nouvelle version française a été remise à un second étudiant bilingue au doctorat en psychologie. Cet étudiant a retraduit en anglais la sous-échelle.

### **Développement et évaluation de la version préliminaire**

Après quoi, un comité d'expert a comparé la version obtenue en anglais à la version originale. La version française est dite fidèle à la version originale lorsque les énoncés de la version anglaise sont identiques à ceux de l'original. Chacun des termes techniques de la version

---

<sup>2</sup> Mercier M, Turgeon M, Forget J, Begin, J. Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire version française adaptée pour enfants (EDRSQ-F-E). Manuscrit en préparation.

française a aussi été évalué afin de s'assurer que son intensité était comparable à celui de la version originale. Les termes employés dans les énoncés ont été également reformulés afin de correspondre aux capacités langagières des enfants de six à neuf ans. De surcroît, puisque la version anglophone de la sous-échelle est une mesure rétrospective des moqueries, la formulation des énoncés a été révisée afin de mesurer l'expérience présente des moqueries. Thompson et al. [43] soulèvent d'ailleurs qu'une limite du *POTS* est sa nature rétrospective qui entraîne plus de biais de rappel.

Le format du questionnaire a été aussi retravaillé. Premièrement, afin de concrétiser les choix de réponse, des symboles ont été ajoutés au-dessus de ceux-ci (ex. : jamais - - - ; des fois + - ; très souvent + + + ; pas de peine ; beaucoup de peine). Quelques auteurs notent que les capacités de raisonnement abstrait ne sont pas entièrement développées chez l'enfant [52,53]. Cette modification a alors permis d'ajuster l'échelle de réponse à leur niveau de développement cognitif. Deuxièmement, afin de simplifier l'administration de la sous-échelle, ses 12 items ont été divisés dans six encadrés. Chaque encadré regroupe maintenant un item du *WT-F* et l'item du *WT-E* correspondant. Dans la version originale, les items sont présentés consécutivement un en dessous de l'autre. Ce format risquait d'incommoder les enfants puisque ceux qui répondent « jamais » à un item du *WT-F* doivent ignorer l'item du *WT-E* qui s'y rattache. Troisièmement, pour faciliter la distinction des deux types d'items, ceux du *WT-F* ont été ombragés d'un gris.

### Réalisation d'un prétest

La sous-échelle WT a ensuite été soumise à un prétest. Lors de ce prétest, deux enfants de six ans remplissaient la sous-échelle et leur compréhension des énoncés a été questionnée. Les modifications nécessaires ont par la suite été effectuées par le comité d'experts. Après quoi, un prétest a eu lieu dans une classe de première année du primaire. Huit enfants ont participé à ce prétest. Les énoncés étaient lus à voix haute et les enfants indiquaient ceux qui présentaient des ambiguïtés. Pour ceux-ci, la nature de l'incompréhension a été discutée par les enfants. De plus, une copie de la sous-échelle a été remise à l'enseignant afin qu'il y indique les termes qui selon lui ne conviennent pas aux enfants de six ans. Les énoncés problématiques identifiés par la majorité des enfants et par l'enseignant ont été reformulés par le comité d'experts en s'inspirant des commentaires des enfants et de l'enseignant.



## Expérimentation

Finalement, 430 enfants ont répondu en classe pendant l'horaire habituel aux questionnaires. L'assistant de recherche remettait les questionnaires, une enveloppe et un paravent en carton à ceux qui avaient en leur possession leur formulaire de consentement signé par l'un de leurs parents. Dans le but de maximiser la confidentialité, le paravent était déposé sur le pupitre de l'enfant, devant ses questionnaires. Par la suite, l'assistant de recherche lisait à voix haute tous les énoncés des questionnaires et les enfants y répondaient au fur et à mesure. Une fois remplis, les questionnaires étaient insérés dans l'enveloppe et elle était remise à l'assistant de recherche. La durée de complétion des questionnaires était d'environ 40 minutes et celle pour le *POTS-WT* était d'environ cinq minutes. Les enfants ont ensuite été invités à remplir de nouveau l'ensemble des questionnaires après deux semaines. Afin de mettre en parallèle le test et le retest des enfants, un code numérique était attribué à chacun de ceux-ci. Ce code numérique remplaçait le nom des enfants sur leur questionnaire.

Des 430 enfants qui ont participé à l'étude, 388 (56 % de filles ; 44 % de garçons) ont répondu à au moins cinq items sur six au WT-F au premier temps de mesure (T1) et 390 (56 % de filles ; 44 % de garçons) au second temps de mesure (T2). Les analyses statistiques du T1 portent donc sur ces 388 enfants et celles du T2 portent sur ces 390 enfants.

## Résultats

### Distribution des notes

La note moyenne de la somme du *POTS-WT-F* est de 7,87 (ET = 4,06) au T1 et de 8,05 (ET = 4,54) au T2. Parmi les enfants qui répondent une autre réponse que 1 (jamais) à la mesure de la fréquence, la moyenne du *POTS-WT-E* est de 2,87 (ET = 1,48) au T1 et de 2,85 (ET = 1,57) au T2.

### Cohérence interne et fidélité test-retest

L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne du *POTS-WT-F* est de 0,86 au T1 et de 0,88 au T2. L'alpha de Cronbach calculé en fonction du genre est de 0,82 pour les filles et de

0,89 pour les garçons au T1. Au T2, les alphas selon le genre sont respectivement de 0,88 et de 0,90. Une analyse corrélationnelle des items à chacun des temps de mesure en fonction du genre a aussi été réalisée (Tableaux 1 et 2). Les corrélations des éléments corrigés varient de 0,53 à 0,83. Tel que Thompson et al. [43], l'alpha de Cronbach du *POTS-WT-E* ne peut pas être calculé puisqu'il n'y a pas suffisamment de participants qui fournissent une réponse aux six items. En effet, pour calculer l'alpha de Cronbach d'une sous-échelle, une donnée valide à chacune des questions qui la composent est nécessaire.

Avant de procéder au calcul de la stabilité temporelle, la normalité des distributions est vérifiée. Il apparaît un effet plancher à chacun des temps de mesure, et ce, pour chacun des items. Au T1, 64 % des filles et 66 % des garçons répondent 1 (jamais) au *POTS-WT-F*. Au T2, il s'agit de 67 % des filles et de 73 % des garçons. Pour ce qui est du *POTS-WT-E*, parmi ceux qui rapportent une autre réponse que 1 (jamais) au *POTS-WT-F*, 77 % répondent 1 (pas de peine) au T1 et 73 % au T2. Un des postulats de base d'une corrélation est la distribution normale des données. Dû à cet effet plancher, aucune transformation ne peut être efficace pour symétriser les distributions. Les réponses sont donc dichotomisées (1 versus 2, 3, 4 et 5). Enfin, les corrélations de Pearson pour la fiabilité test-retest pour le *POTS-WT-F* et le *POTS-WT-E* se situent respectivement à 0,55 ( $p < 0,001$ ) et à 0,31 ( $p < 0,001$ ).

-----  
Insérer tableaux 1 et 2  
-----

## Convergence

Afin d'apprécier la convergence de chacun des items, des corrélations de Pearson sont opérées entre leur note et les notes des autres questionnaires (Tableau 3). Aux deux temps de mesure, le *POTS-WT-F* corrèle positivement avec le *ChEAT-F* (T1 = 0,30,  $p < 0,001$  ; T2 = 0,21,  $p < 0,001$ ) et négativement avec le *EDRSQ-F* (T1 = -0,21,  $p < 0,001$  ; T2 = -0,25,  $p < 0,001$ ). Aucune corrélation significative n'est obtenue entre le *POTS-WT-F* et l'IMC. En ce qui a trait au *POTS-WT-E*, il ne corrèle avec aucun facteur, et ce, aux deux temps de mesure.

-----

Insérer tableau 3

-----

### Discussion

L'objectif de l'étude est de procéder à la traduction, à l'adaptation et à la validation de la sous-échelle *WT* du *POTS* pour les enfants francophones et québécois de six à neuf ans. Les propriétés psychométriques satisfaisantes mises en évidence dans la version originale du *POTS-WT* sont en partie reproduites dans cette nouvelle version.

Les notes moyennes observées à chacun des temps de mesure pour le *POTS-WT-F* ( $T1 = 7,87$  ;  $T2 = 8,05$ ) sont légèrement inférieures à celles rapportées par Thompson et al. [43] (10,5) et par Jensen et Steele [27] (9,29). Cependant, dans la version de Thompson et al. [43], les participants indiquent s'ils ont fait l'objet de moqueries lorsqu'ils avaient entre cinq et 16 ans. La période évaluée s'étend sur 11 ans et dans la version de Jensen et Steele [27] la période évaluée s'étend sur cinq à six ans. La présente version de la sous-échelle mesure l'expérience présente des moqueries. Ainsi, la période considérée est plus restreinte, ce qui peut expliquer une moindre fréquence des moqueries. En revanche, les moyennes rapportées pour les items du *POTS-WT-E* ( $T1 = 2,87$  ;  $T2 = 2,85$ ) sont comparables à celle de Thompson et al. [43] qui est de 2,0. Ce constat révèle que l'effet psychologique des moqueries est aussi important lorsqu'il est mesuré rétrospectivement que lorsqu'il est évalué au moment où les moqueries se produisent et cela suppose qu'un adulte qui a fait l'objet de railleries durant son enfance est apte à rapporter ce qu'il a vécu sans le minimiser ou l'exagérer.

L'analyse de la cohérence interne du *POTS-WT-F* suggère des indices satisfaisants ( $T1 = 0,86$  ;  $T2 = 0,88$ ) et similaires à celui de la version anglophone (0,88). À chacun des temps de mesure, et notamment au  $T1$ , l'alpha de Cronbach calculé selon le genre est supérieur pour les garçons à celui des filles. Les items du *POTS-WT-F* reflètent donc davantage un concept commun pour les garçons que pour les filles. Des analyses item total ont aussi été réalisées afin de vérifier si certains items du *POTS-WT-F* méritent d'être éliminés. Une corrélation item total

inférieure à 0,40 est généralement utilisée comme point de coupure [54]. Toutes les corrélations obtenues sont supérieures à ce critère et la suppression de l'un des items n'améliore pas la cohérence interne du *POTS-WT-F*. Par conséquent, une version à six items est appropriée. Pour ce qui est du test-retest ( $POTS-WT-F = 0,55$  ;  $POTS-WT-E = 0,31$ ), celui-ci donne lieu à des résultats plus faibles que ceux de la version en anglais ( $POTS-WT-F = 0,90$  ;  $POTS-WT-E = 0,85$ ). D'après Vallerand [51], une corrélation de Pearson d'au moins 0,60 est souhaitée. Ce faisant, la présente version du *POTS-WT* ne répond pas à ce critère et tout particulièrement le *POTS-WT-E*. La version originale du questionnaire mesure l'influence des moqueries subies entre cinq et 16 ans chez les adultes. Les réponses des participants correspondent donc à un souvenir, soit à un élément relativement fixe. En revanche, dans la présente version du *POTS-WT-E*, les réponses des participants correspondent à l'effet actuel des moqueries. Il est possible de croire que la mesure de l'effet actuel des moqueries est plus variable d'une semaine à l'autre que la mesure de l'effet basée sur un souvenir. En ce qui a trait au *POTS-WT-F*, il est probable qu'au premier temps de mesure les enfants ont craint que des actions soient entreprises s'ils dévoilent être la cible de moqueries et ont par conséquent sous rapporté leur fréquence réelle. Constatant que de telles actions n'avaient pas lieu entre les deux collectes de données, ils ont pu se sentir plus à l'aise de révéler leur réelle expérience de victimisation lors du deuxième temps de mesure ce qui a pu nuire à la fiabilité temporelle. La moyenne au *POTS-WT-F* est par ailleurs plus élevée à cette seconde passation. Toutefois, il ne s'agit que d'une hypothèse basée sur les propos de Card et Hodges [1] puisqu'au cours des passations, les enfants n'ont pas explicitement fait part de cette crainte à l'équipe de recherche.

La validité convergente des deux types d'items du *POTS-WT* a également été examinée. Ainsi que l'indiquent les études sur le sujet [13,17,19,23,24], plus la personne fait fréquemment l'objet de railleries par rapport à son poids, plus elle présente des attitudes et des comportements caractéristiques des TCA. Berman [28] s'est penché sur le sujet du lien entre le SEPA et la fréquence des moqueries liées au poids. Les résultats obtenus vont dans le même sens, c'est-à-dire que plus la fréquence des moqueries est élevée moins la personne a confiance en sa capacité à contrôler son alimentation. Il faut cependant noter que l'échantillon de Berman [28] comprend des adultes et que l'auteur utilise des instruments autres que le *POTS* et le *EDRSQ* pour évaluer les moqueries liées au poids et le SEPA. Ainsi, la comparaison entre les résultats de Berman [28]

et ceux de cette étude est limitée. Il convient aussi de rappeler que même si les corrélations entre la fréquence des moqueries et les TCA ou le SEPA sont significatives, elles sont faibles à modérées. Pour ce qui est de l'IMC, les données suggèrent qu'il n'existe pas de relation entre ce facteur et la fréquence des moqueries. Ce résultat est cohérent avec ceux de Jensen et Steele [27] et avec ceux de Suisman et al. [24]. En revanche, il est en contradiction avec ceux d'autres auteurs qui soutiennent que ces facteurs sont positivement reliés [21,23,25]. Comme l'avancent Jensen et Steele [27], l'absence de lien est étonnante sachant que la sous-échelle *WT* porte spécifiquement sur le poids. Inclure uniquement les enfants qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses dans l'analyse statistique permettrait peut-être de déceler une corrélation significative. Néanmoins, dans cette étude, l'effectif des enfants dans ces catégories ne permet pas d'effectuer cette analyse. De la même façon, la prise en considération de l'insatisfaction corporelle pourrait également apporter des éléments de réponse quant à l'absence de signification statistique entre l'IMC et le *POTS-WT-F*. D'ailleurs selon Lunner et al. [21], la fréquence des moqueries a un effet médiateur sur la relation entre l'IMC et l'insatisfaction corporelle. Pour ce qui est de l'effet des moqueries, les corrélations indiquent que ce facteur n'a pas d'influence sur les TCA, le SEPA ou l'IMC. À l'instar des données concernant le *POTS-WT-F*, celles qui concernent le *POTS-WT-E* sont peu rapportées dans les écrits scientifiques. En fait, parmi les études conduites chez les enfants ou les adolescents, aucune ne rapporte le lien entre les items du *POTS-WT-E* et les facteurs sélectionnés. En revanche, chez les adultes, contrairement aux résultats observés, le *POTS-WT-E* est positivement associé aux TCA [19,43]. Libbey et al. [19] utilisent toutefois une version modifiée du *POTS-WT*. De plus, selon ces auteurs, l'effet des moqueries est à certains égards positivement associé aux TCA, mais à d'autres égards les résultats sont non significatifs et dépendent plutôt des sous-échelles des TCA. L'absence de relation entre le *POTS-WT-E* et les TCA chez les enfants contrairement aux adultes peut aussi s'expliquer par l'influence du temps. Il est possible de formuler l'hypothèse que c'est la trace mnésique de l'effet des moqueries qui favorise le développement des TCA. C'est-à-dire que ce seraient les souvenirs de la détresse vécue lors des expériences de victimisation qui, à long terme, agiraient comme facteur de vulnérabilité. Pour ce qui est du SEPA et de l'IMC, bien que non systématique, notre revue des écrits scientifiques a montré que même chez les adultes aucune étude ne présente leur lien avec les items du *POTS-WT-E*.

Enfin, d'après les résultats de la présente étude, plus d'un enfant sur trois rapporte des moqueries et celles-ci font de la peine à environ un enfant sur quatre. Ces taux élevés témoignent de l'importance de procéder rapidement au dépistage et d'intervenir avant que les effets secondaires de ces expériences ne se cristallisent. Farrington et Ttofi [55] ont récemment réalisé une métaanalyse sur l'efficacité des programmes visant à réduire la victimisation par les pairs en milieu scolaire. Les auteurs suggèrent de rehausser la supervision lors des périodes de récréations et d'identifier les endroits propices à la victimisation sur les terrains de jeux et ensuite de les réaménager. De plus, il apparaît que certaines méthodes disciplinaires sont à privilégier avec les jeunes enfants (ex. : diriger l'intimidateur chez le directeur, exiger qu'il demeure auprès du surveillant pendant la récréation, le priver de privilèges) [55]. L'avantage de ces alternatives est qu'elles sont peu coûteuses [55].

## Limites

Cette étude comporte des limites qui doivent être mentionnées. Premièrement, les périodes de passation duraient approximativement 40 minutes et le *POTS-WT* fut le dernier questionnaire administré. Au terme des 40 minutes, il est envisageable que les enfants furent lassés par l'activité et qu'ils furent moins concentrés à la tâche. Cela a pu induire des variabilités dans leurs façons de répondre et entraîner un indice test-retest moins élevé. D'autres études pourront administrer le *POTS-WT* pendant une période de passation plus courte et vérifier si de meilleurs indices quant à la stabilité temporelle sont obtenus. Deuxièmement, il serait préférable de réduire le nombre de choix de réponses de la sous-échelle *WT*. Les choix de réponses des deux items doivent de toute façon être dichotomisés pour normaliser les distributions ayant une asymétrie positive. Par ailleurs, cette modification faciliterait davantage la compréhension des enfants de l'échelle de type Likert et le temps d'administration serait également réduit. Troisièmement, seule la sous-échelle *WT* est traduite et validée dans cette étude. Il aurait été profitable d'effectuer le travail pour la sous-échelle *CT* également. Les données présentées dans cet article sont issues d'une étude plus large dont l'objectif est d'examiner les facteurs associés aux attitudes et aux comportements reliés aux TCA chez les enfants et de valider d'autres questionnaires autorapportés. Pour des considérations éthiques et pratiques, le temps de passation était limité à une période de classe, soit à 50 minutes. Cela explique le nombre restreint de variables retenues. La sous-échelle *WT* a été choisie plutôt que la sous-échelle *CT* puisque les



moqueries qui visent le poids sont plus fréquentes, elles sont plus néfastes et elles sont celles d'intérêt dans le domaine des TCA.

Cela étant, même en tenant compte de ces limites, les résultats de l'étude suggèrent que la présente version du *POTS-WT* adaptée pour les enfants francophones du Québec possède globalement des qualités psychométriques acceptables. Cela lui confère la possibilité d'améliorer le dépistage précoce, mais aussi de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans l'objectif ultime de contrer ce fléau social qu'est la victimisation par les pairs.

### **Remerciements**

Les auteurs tiennent à remercier Geneviève Charron et Anick Legault pour leur contribution à la traduction et l'adaptation de la sous-échelle. Ce projet a été appuyé par le financement le Fonds de recherche du Québec-Société et culture.

## Références

- [1] Card NA, Hodges EVE. Peer victimization among schoolchildren: correlations, causes, consequences, and considerations in assessment and Intervention. *Sch Psychol Q* 2008;23(4):451-61.
- [2] Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL. *Handbook of bullying in schools: an international perspective*. New York: Routledge; 2010.
- [3] Kalubl J, Lenolr Y, Houde S, Lebrun J. Entre violence et incivilité: effets et limites d'une intervention basée sur la communauté d'apprentissage. *Éducation et francophonie* 2004;32(1):158-71.
- [4] Giguère C, Vitaro F, Boivin M, Desrosiers H, Cardin JF, Brendgen MR. La victimisation par les pairs de la maternelle à la deuxième année du primaire. *Institut de la statistique du Québec*. 2011 [cited 2012 Jun 14]; 5(4). Available from [http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuille/fascicule\\_victimisation\\_fr.pdf](http://www.jesuisjeserai.stat.gouv.qc.ca/pdf/publications/feuille/fascicule_victimisation_fr.pdf)
- [5] Rueger SY, Malecki CK, Demaray MK. Stability of peer victimization in early adolescence: effects of timing and duration. *J Sch Psychol* 2011;49:443-64.
- [6] Rigby K, Smith PK. Is school bullying really on the rise? *Soc Psychol Educ* 2011;14:441-55.
- [7] Calaguas GM. Forms and frequency of peer aggression and peer victimization among sixth-graders. *J Arts Sci Commer* 2011;2(2):108-13.
- [8] Ates AD, Yagmurlu B. Examining victimization in Turkish schools. *Europ J of Edu Stud* 2010;2(1):31-7.
- [9] Shapiro JP, Baumeister RF, Kessler JW. A three-component model of children's teasing: aggression, humor, and ambiguity. *J Soc Clin Psychol* 1991;10(4):459-72.
- [10] Storch EA, Roth DA, Coles ME, Heimberg RG, Bravata EA, Moser J. The measurement and impact of childhood teasing in a sample of young adults. *J Anxiety Disord* 2004;18:681-94.

- [11] Mooney A, Creeser R, Blatchford P, Coram T. Children's view on teasing and fighting junior schools. *Educ Res* 1991;33(2):103-12.
- [12] Cash TF. Developmental teasing about physical appearance: retrospective descriptions and relationships with body image. *Soc Behav Pers* 1995;23(2):123-9.
- [13] Hayden-Wade HA, Stein RI, Ghaderi A, Saelens BE, Zabinski MF, Wilfley DE. Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. nonoverweight peers. *Obes Res* 2005;13:1381-92.
- [14] Neumark-Sztainer D, Falkner N, Story M, Perry C, Hannan PJ, Mulert S. Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *Int J Obes* 2002;26(8):123-31.
- [15] McCormack LA, Laska MN, Gray C, Veblen-Mortenson S, Barr-Anderson D, Story M. Weight-related teasing in a racially diverse sample of sixth-grade children. *J Am Diet Assoc* 2011;111:431-6.
- [16] Thompson JK, Fabian LJ, Moulton DO, Dunn ME, Altabe MN. Development and validation of the Physical Appearance Related Teasing Scale. *J Pers Assess* 1991;56(3):513-21.
- [17] Keery H, Boutelle K, van den Berg P, Thompson JK. The impact of appearance-related teasing by family members. *J Adolesc Health* 2005;37:120-7.
- [18] Eisenberg M, Neumark-Sztainer D, Story M. Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:733-8.
- [19] Libbey HP, Story MT, Neumark-Sztainer DR, Boutelle KN. Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obes* 2008;16(Supplement 2):S24-9.
- [20] Jensen CD, Steele RG. Longitudinal associations between teasing and health-related quality of life among treatmentseeking overweight and obese youth. *J Pediatr Psychol* 2012;37:438-47.

- [21] Lunner K, Werthem EH, Thompson JK, Paxton SJ, McDonald F, Halvaarson KS. A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *Int J Eat Disord* 2000;28:430-5.
- [22] Thompson JK, Coover MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J. Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J EatDisord* 1995;18(3):221-36.
- [23] Wertheim EH, Koerner J, Paxton SJ. Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *J Youth Adolesc* 2001;30(1):69-81.
- [24] Suisman JL, Slane JD, Burt SA, Klump KL. Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls. *Eat Behav* 2008;9(4):493-6.
- [25] Faith MS, Leone MA, Ayers TS, Heo M, Pietrobelli A. Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children. *Pediatr* 2002;110(e23):1-8.
- [26] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text rev Washington, DC: Authors; 2000.
- [27] Jensen CD, Steele RG. Validation of the Perceptions of Teasing Scale (POTS) in a preadolescent sample: associations with attitudes toward physical activity. *Child Health Care* 2010;39(4):249-65.
- [28] Berman, E. S. (2006). Weight-based teasing: Relationships with eating and exercise attitudes and behaviours, social physique anxiety and self-efficacy (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Information & Learning, US. (AAINR07663).
- [29] Clark MM, Forsyth LH, Lloyd-Richardson EE, King TK. Eating self-efficacy and binge eating disorder in obese women. *J Appl Biobehav Res* 2000;5(2):154-61.

- [30] Rosenberger PH, Henderson KE, Bell RL, Grilo CM. Associations of weight-based teasing history and current eating disorder features and psychological functioning in bariatric surgery patients. *Obes Surg* 2007;17:470-7.
- [31] Jackson TD, Grilo CM, Masheb RM. Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder. *Obes Res* 2000;8(6):451-8.
- [32] Taylor CB, Bryson S, Doyle AAC, Luce KH, Cuning D, Abascal LB, et al. The adverse effect of negative comments about weight and shape from family and siblings on women at high risk for eating disorders. *Pediatr* 2006;118:731-8.
- [33] McLaren L, Kuh D, Hardy R, Gauvin L. Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women. *Psychol Health* 2004;19(2):261-72.
- [34] Gleason JH, Alexander AM, Somers CL. Later adolescents' reactions to three types of childhood teasing: relations with self-esteem and body image. *Soc Behav Pers* 2000;28(5): 471-80.
- [35] Kim YS, Leventhal BL, Koh Y, Hubbard A, Boyce WT. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1035-41.
- [36] Matsunaga M. Parents don't (always) know their children have been bullied: child-parent discrepancy on bullying and familylevel profile of communication standards. *Hum Commun Res* 2009;35:221-47.
- [37] Stockdale MS. Rural elementary students', parents', and teachers' perceptions of bullying. *Am J Health Behav* 2002;26(4):266-77.
- [38] Griffin RS, Gross AM. Childhood bullying: current empirical findings and future directions for research. *Aggress Violent Behav* 2004;9:379-400.

- [39] Mishna F, Scarcello I, Pepler D, Wiener J. Teachers' understanding of bullying. *Can J Educ* 2005;28(4):718-38.
- [40] Ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport. La violence: réfléchir et agir ensemble. *Revue Vie Pédagogique* 2010;156:1-101.
- [41] Vessey JA, Horowitz JA, Carlson KL, Duffy M. Psychometric evaluation of the child-adolescent teasing scale. *J Sch Health* 2008;78(6):344-50.
- [42] Vernberg EM, Jacobs AK, Hershberger SL. Peer victimization and attitudes about violence during early adolescence. *J Clin Child Psychol* 1999;28(3):386-95.
- [43] Thompson JK, Cattarin J, Fowler B, Fisher E. The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). *J Pers Assess* 1995;65(1):146-57.
- [44] Lopez-Guimera G, Fauquet J, Sanchez-Carracedo D, Barrada JR, Saldana C, Masnou-Roig A. Psychometric properties of the Perception of Teasing Scale in a Spanish adolescent sample: POTS-S. *Eat Weight Disord* 2012;17:e210-8.
- [45] Jackson T, Chen H. Identifying the eating disorder symptomatic in China: the role of sociocultural factors and culturally defined appearance concerns. *J Psychosom Res* 2007;62:241-9.
- [46] Les diététistes du Canada et Société canadienne de pédiatrie. Le guide d'utilisation des nouvelles courbes de croissance de l'OMS à l'intention du professionnel de la santé. 2010 [cited 2012 Dec 07] [about 12 p.]. Available from: <http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/DC HealthPro-GrowthGuideFR.aspx>.
- [47] Senécal, C. (2010). *Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires pour enfant auprès d'une population francophone* (Unpublished Doctoral dissertation). Université du Québec à Montréal, Montréal, Canada.



- [48] Maloney MJ, McGuire JB, Daniels SR. Reliability testing a children's version of the eating attitude test. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27(5):541-3.
- [49] Couture S, Lecours S, Beaulieu-Pelletier G, Philippe FL, Stychar I. French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:234-43.
- [50] Pinto AM, Guarda AS, Heinberg LJ, Diclemte CC. Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *Int J Eat Disord* 2006;39(5):376-84.
- [51] Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques: implications pour la recherche en langue française. *Can Psychol* 1989;30(4):662-80.
- [52] Rosso IM, Young AD, Femia LA, Yurgelun-Todd DA. Cognitive and emotional components of frontal lobe functioning in childhood and adolescence. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1021:355-62.
- [53] Yurgelun-Todd DA. Emotional and cognitive changes during adolescence. *Curr Opin Neurobiol* 2007;17:251-7.
- [54] Lounsbury JW, Gibson LW, Saudargas RA. Scale Development. In: Leong FTL, Austin JT, editors. *The psychology research handbook: a guide for graduate students and research assistants*. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2006, p.125-146.
- [55] Farrington DP, Ttofi MM. School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campbell Systematic Reviews* 2009;6:1-147.

## Annexe

## POTS-WT-Enfants

Tiré de Thompson, Cattarin, Fowler, et Fisher (1995)

Premièrement, encercle le chiffre qui dit à quel point les questions s'appliquent à toi. 1 veut dire que ça ne t'est jamais arrivé et 5 veut dire que ça t'arrive très souvent.

Deuxièmement, à moins que tu n'aies répondu jamais à une question, encercle le chiffre qui dit à quel point ça t'a fait de la peine. 1 veut dire que ça t'a pas fait de la peine et 5 veut dire que ça t'a fait beaucoup de peine.

	Jamais ---		Des fois - +		Très souvent + + +
1. Les autres se moquent de moi parce que je suis gros	1	2	3	4	5
1a. As-tu eu de la peine	Pas de peine 😊				Beaucoup de peine 😞
	1	2	3	4	5

	Jamais ---		Des fois - +		Très souvent + + +
2. Les autres font des blagues sur moi parce que je suis trop gros	1	2	3	4	5
2a. As-tu eu de la peine	Pas de peine 😊				Beaucoup de peine 😞
	1	2	3	4	5

	Jamais ---		Des fois - +		Très souvent + + +
3. Les autres rient de moi quand j'essaie de faire du sport parce que je suis gros	1	2	3	4	5
3a. As-tu eu de la peine	Pas de peine 😊				Beaucoup de peine 😞
	1	2	3	4	5

	Jamais - - -		Des fois - +		Très souvent + + +
4. Les autres me traitent de nom comme « le gros »	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
4a. As-tu eu de la peine	Pas de peine 😊				Beaucoup de peine 😞
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	Jamais - - -		Des fois - +		Très souvent + + +
5. Les autres me pointent du doigt parce que je suis trop gros	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
5a. As-tu eu de la peine	Pas de peine 😊				Beaucoup de peine 😞
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

	Jamais - - -		Des fois - +		Très souvent + + +
6. Quand j'arrive quelque part, les autres pouffent de rire (partent à rire) parce que je suis trop gros	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6a. As-tu eu de la peine	Pas de peine 😊				Beaucoup de peine 😞
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

Tableau 1 : Analyse des items du *POTS-WT-F* selon le genre au T1

*Table 1: Item analysis of the POTS-WT-F according to gender at time 1 (Filles = girls; Garçons = boys — Corrélacion des items corrigés = Corrected item-total correlation — Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'item = Cronbach's Alpha if item deleted)*

	Filles		Garçons	
	Corrélacion des items corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'item	Corrélacion des items corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'item
item 1	0,53	0,81	0,67	0,88
item 2	0,63	0,79	0,78	0,87
item 3	0,54	0,80	0,74	0,87
item 4	0,60	0,79	0,62	0,89
item 5	0,64	0,79	0,83	0,86
item 6	0,63	0,79	0,77	0,88

*Notes. WT-F= items mesurant la fréquence des moqueries=items measuring weight teasing frequency*

Tableau 2 : Analyse des items du *POTS-WT-F* selon le genre au T2

*Table 2: Item analysis of the POTS-WT-F according to gender at time 2 (Filles = girls; Garçons = boys — Corrélation des items corrigés = Corrected item-total correlation — Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'item = Cronbach's Alpha if item deleted)*

	Filles		Garçons	
	Corrélation des items corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'item X	Corrélation des items corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'item X
item 1	0,64	0,86	0,67	0,89
item 2	0,74	0,85	0,81	0,86
item 3	0,69	0,86	0,83	0,86
item 4	0,73	0,85	0,59	0,90
item 5	0,67	0,86	0,78	0,87
item 6	0,66	0,86	0,68	0,89

*Notes. WT-F= items mesurant la fréquence des moqueries = items measuring weight teasing frequency*

Tableau 3 : Corrélations entre les items du *WT-F* et du *WT-E* et les facteurs à l'étude

*Table 3: Correlations between items of the WT-F and items of the WT-E and the study variables at time 1 and time 2. (Temps1 = time 1; Temps = time 2 — WT-F = weight teasing frequency; WT-E = weight teasing effect; TCA = eating disorder; SEPA = eating self-efficacy; IMC = body mass index; ddl = degree of freedom).*

*Corrélations entre les items du WT-F et du WT-E et les facteurs à l'étude*

Facteurs	Temps 1		Temps 2	
	<i>WT-F</i> (ddl)	<i>WT-E</i> (ddl)	<i>WT-F</i> (ddl)	<i>WT-E</i> (ddl)
TCA	0,30* (386)	0,11 (131)	0,21* (398)	-0,01 (112)
SEPA	-0,21* (384)	-0,12 (131)	-0,25* (398)	-0,12 (112)
IMC	0,10 (291)	0,07 (96)	0,05 (289)	-0,02 (82)

*Notes. WT-F= items mesurant la fréquence des moqueries ; WT-E= items mesurant l'effet des moqueries= items measuring weight teasing effect ; TCA= troubles des conduites alimentaires ; SEPA= sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation ; IMC= indice de masse corporelle ; ddl= degré de liberté.*

**Conflit d'intérêt : aucun.**

## CHAPITRE V

### FACTORS RELATED TO DISORDERED EATING IN CHILDHOOD

Article 4: Soumis au *Canadian Journal of Behavioural Science*

Turgeon, M.E., Forget, J., Begin, J et Caron, P.O.



Factors related to disordered eating in childhood

Turgeon, Marie-Eve; Forget, Jacques; Bégin, Jean; Caron, Pier-Olivier

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Université du Québec à Montréal

C.P. 8888 succursale Centre-Ville,

Montréal, Québec

H3C 3P8, Canada

Submission date: May 26, 2014

Author's Note

Correspondence should be addressed to Marie-Eve Turgeon,

E-mail: [turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca) or Tel; 514.987.3000 ext 2569

All authors report no conflict of interest.

The current study was funded by the Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FQRSC).

## Abstract

**Objective :** The purpose of the present study was to evaluate to what extent body mass index (BMI), eating self-efficacy (ESE), perfectionism and weight-related teasing explain attitudes and behaviours related to eating disorders (ED) among children, and whether sex and grade levels moderate these relationships. **Method :** Four-hundred and thirty boys and girls aged 6 to 9 completed four questionnaires measuring disordered eating attitudes and behaviours, ESE, perfectionism (positive self-oriented perfectionism (PSOP) and negative self-oriented perfectionism (NSOP)) and weight-related teasing frequency and effect. Height and weight were reported by parents. **Results :** BMI, PSOP and weight-related teasing effect were not correlated with ED attitudes and behaviours. ESE was negatively correlated with ED-related attitudes and behaviours, whereas NSOP and weight-related teasing frequency were positively correlated with ED, ESE and NSOP significantly predicted ED scores. Most of the variance in the prediction model was explained by the unique contribution of ESE and NSOP. Data also indicate that grade level, but not sex, had a moderating effect between PSOP, NSOP and ED scores. **Discussion :** Suggestions to improve prevention and intervention programs of ED are discussed in regards to ESE and NSOP.

*Keywords:* Eating disorder; Body mass index; Eating self-efficacy; Perfectionism; Weight-related teasing

## Factors related to disordered eating in childhood

Eating disorders (ED) have been generally thought to appear in adolescence or young adulthood. However, recent evidence show that they may begin as early as childhood. In fact, ED-related hospitalizations among Canadian children under the age of 15 have increased by 34% from 1987 to 1999 (Public Health Agency of Canada, 2002) 68% from 1999 to 2009 in American children aged under 12 (Zhao & Encinosa, 2011). Early-onset ED are associated with many psychological problems (Parkinson, Drewett, Le Couteur, Adamson, & Gateshead Millennium Study core team, 2012; Peebles, Wilson, & Lock, 2006; Pinhas, Morris, Crosby, & Katzman, 2011) and physiological complications (Hamilton, 2007; Hudson, Nicholls, Lynn, & Viner, 2012; Pinhas et al., 2011; Rosen & Committee on Adolescence, 2010). They also tend to persist and increase in severity over time (Sancho, Arija, Asorey, & Canals, 2007). Moreover, most traditional prevention programs have not yet been able to demonstrate their effectiveness in reducing maladaptive eating attitudes and behaviours (Fingeret, Warren, Cepeda-Benito, & Gleaves, 2006; Littleton & Ollendick, 2003), especially among children (Stice, Shaw, & Marti, 2007). Therefore, national and international organizations, such as the National Eating Disorders Association (National Eating Disorders Association, n.d), the Academy for Eating Disorders (Academy for Eating Disorders, n.d) and the National Institute of Mental Health (Chavez & Insel, 2007), are endorsing prevention studies.

The prevention of psychiatric disorders relies on the recognition of modifiable risk factors (Agras, Bryson, Hammer, & Kraemer, 2007). An important literature review by Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer and Agras (2004) reported over 30 possible risk factors related to ED, however, the authors failed to identify their genuine etiology. Although additional research is necessary, self-efficacy (Valutis, Goreczny, Abdullah, Magee, & Wister, 2009; Yager & O'Dea, 2008), perfectionism (Garcia-Villamisar, Dattilo, & Del Pozo, 2012; Wilksch, Durbridge, & Wade, 2008) and weight-related teasing (Haines & Neumark-Sztainer, 2006; Haines, Neumark-Sztainer, Eisenberg, & Hannan, 2006; Littleton & Ollendick, 2003) have been identified as related to ED and promising prevention factors. Previous studies have also suggested that body mass index (BMI) may be related to ED.

## **Body mass index and eating disorders**

The relationship between BMI and ED has been widely explored, but no clear conclusions have emerged from the scientific literature. For instance, several studies have suggested that children and adolescents engaging in disordered eating attitudes and behaviours had significantly higher BMI than other children and adolescents (Field et al., 2003; Killen et al., 1994; Neumark-Sztainer, Wall, Story, & Sherwood, 2009; Sancho et al., 2007; Wichstrom, 2000), whereas two studies found no difference (Erickson & Gerstle, 2007; Killen et al., 1996). Furthermore, some researchers have found that BMI was positively correlated with adolescents' disordered eating attitudes and behaviours (Boone, Soenens, Braet, & Goossens, 2010; Field et al., 2001; Wertheim, Koerner, & Paxton, 2001), while others have found that children's BMI was not significantly correlated to body dissatisfaction or dieting (Jacobi, Agras, & Hammer, 2001).

In addition, some studies have found that BMI was a significant predictor of disturbed eating attitudes and behaviours (Jacobi, Schmitz, & Agras, 2008; Shisslak et al., 1998), whereas others concluded that BMI was not a reliable predictor (Allen, Byrne, La Puma, McLean, & Davis, 2008; Parkinson et al., 2012; Tremblay & Lariviere, 2009). Wertheim et al. (2001) found mixed results, showing that the extent to which BMI can predict ED mostly depended on age. The BMI of seventh grade girls predicted their scores on the Body Dissatisfaction and the Drive for Thinness subscales, but did not predict their scores on the Bulimia subscale from the Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmstead, & Polivy, 1983) (Wertheim et al., 2001). However, the results for tenth grade girls differed, their BMI being only predictive of their scores on the Body Dissatisfaction subscale (Wertheim et al., 2001).

## **Self-efficacy and eating disorders**

Although the relationship between self-efficacy and ED has been less extensively investigated than the BMI-ED relationship, research in this area has yielded more consistent results. Self-efficacy, one of the main regulatory mechanisms of behaviour, is defined as an individual's belief in regards to their own abilities to perform a task or efficacely handle specific situations (Bandura, 1977). Self-efficacy is therefore considered domain-specific. Berman (2006) suggested that efficacy beliefs related to eating be labeled eating self-efficacy (ESE).

In an adult sample, Berman (2006) investigated the relationship between ESE, measured by the Weight Efficacy Life-Style questionnaire (WELS; Clark, Abrams, Niaura, Eaton, & Rossi, 1991), and ED-related symptoms, which was measured by EDI's eight original subscales. The WELS consists of five subscales measuring confidence in the ability to control eating under a variety of physical, psychological and social conditions (Negative Emotions, Availability, Social Pressure, Physical Discomfort and Positive Activities). As predicted, negative correlations were observed between the different subscales of the EDI and the WELS, however only the Bulimia subscale was negatively correlated with all five subscales of the WELS, and only two subscales of the WELS were significant predictors of ED symptoms (Berman, 2006). More specifically, lower scores on the Negative Emotions subscale predicted higher scores on the Drive for Thinness and Bulimia subscales, and lower scores on Availability subscale predicted higher scores on the Ineffectiveness subscale (Berman, 2006).

Other researchers have measured self-efficacy in relation to coping with ED-related attitudes and behaviours using the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ; Pinto, Guarda, Heinberg, & Diclemante, 2006). The EDRSQ consists of two subscales: the Normative Eating Self-Efficacy (NESE) subscale and the Body Image Self-Efficacy (BISE) subscale. The NESE measures the confidence to eat and to execute eating-related activities without engaging in ED behaviours (e.g., restricting, bingeing, purging, exercising excessively) or without experiencing emotional distress (e.g., anxiety, guilt) (Pinto et al., 2006). The BISE measures confidence to, without undue influence of body weight and image on self-esteem, maintain a realistic body shape that is not motivated by a drive for thinness (Pinto et al., 2006).

Several studies have concluded that both EDRSQ subscales were negatively correlated with women's ED symptoms (Ackard, Cronemeyer, Franzen, Richter, & Norstrom, 2011; Couture, Lecours, Beaulieu-Pelletier, Philippe, & Stychar, 2010; Pinto et al., 2006; Pinto, Heinberg, Coughlin, Fava, & Guarda, 2008). Moreover, women diagnosed with ED had significantly lower scores on the BISE subscale than women without the diagnosis (Czarlinski, Aase, & Jason, 2012). Women with ED also had lower scores on the NESE subscale than women

without the diagnosis, however, the difference was not statistically significant (Czarlinski et al., 2012).

Some researchers, rather than considering the broad spectrum of ED symptoms, have specifically focused on bulimic symptoms. In an adolescent sample, Bennett, Spoth, and Borgen (1991) found that ESE was negatively correlated with bulimic symptoms. In another study, ESE, accounting for 40% of the variance, strongly predicted bulimic symptoms (Bennett et al., 1991). Furthermore, Yenason (2001) found similar results in a study of bulimic symptoms and ESE in women, using two subscales of the Eating Disorder Self-Efficacy Scale: the Eating subscale (confidence to eat without binge eating) and the Eating without purging subscale (confidence to eat without purging) (Wagner, Halmi, & Maguire, 1987). The Eating subscale, accounting for 20% of the variance, significantly predicted the frequency of binge eating, but not purging behaviour. While the Eating without purging subscale, accounting for 10% of the variance, significantly predicted the frequency of purging behaviours, but not bingeing behaviour.

### **Perfectionism and eating disorders**

The relationship between perfectionism and ED has been studied across different populations (e.g. patients with or without a diagnosis of ED), with researchers reaching similar conclusions. Perfectionism has been conceptualized on different dimensions such as socially prescribed perfectionism (SPP), self-oriented perfectionism (SOP), positive perfectionism and negative perfectionism. The social dimension of perfectionism (SOP and SPP) has received extensive attention in the field of ED. SOP involves a drive to set extremely high standards for oneself, whereas SPP involves the perception that others have extremely high standards for oneself (Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995). In addition to the social dimension, Terry-Short et al. (1995) distinguishes between positive and negative perfectionism. Positive perfectionism is defined as perfectionistic behaviours related to positive reinforcement, and negative perfectionism is defined as perfectionistic behaviours related to negative reinforcement (Terry-Short et al., 1995).

Both SOP and SPP were found to positively correlate with disordered eating attitudes and behaviours in adolescents with a diagnosis of anorexia nervosa (AN) (Castro, Gila, Gual,



Lahortiga, & Saura, 2004). Notably, ED scores were more strongly correlated with SOP than with SPP (Castro et al., 2004). Among children aged 8 to 13, Turgeon, Forget and Senécal (2011) found that negative SPP was not associated with ED symptoms. According to McVey, Pepler, Davis, Flett, and Abdoell (2002) and Castro-Fornieles et al. (2007), only higher levels of SOP significantly predicted ED-related attitudes and behaviours, though it accounted for only 2% of the variance (McVey et al., 2002). Compared with adolescents from the general population, adolescents with AN had significantly higher levels of SOP, however no difference in SPP was found between both groups (Castro et al., 2004). Moreover, average SOP scores were significantly higher in a group of patients with BN or AN compared to a group of psychiatric patients (diagnosed with anxiety, depressive or adaptive disorders) or a control group (Castro-Fornieles et al., 2007). The average SPP score was also found to be higher in patients with BN or AN, but only slightly, and the difference with other groups was not statistically significant (Castro-Fornieles et al., 2007). Thus, in the scientific literature, SOP emerges as a more relevant factor in predicting ED than SPP.

### **Weight-related teasing and eating disorders**

Though the relationship between weight-related teasing and ED has recently received increased attention in the field, the relationship remains unclear. Weight-related teasing is a common form of peer victimization among children regardless of their weight status (Hayden-Wade et al., 2005; McCormack et al., 2011; Neumark-Sztainer et al., 2002). Some studies have reported a positive correlation between the frequency of weight-related teasing and ED-related attitudes and behaviours among children and adolescents (Lopez-Guimera et al., 2012; Suisman, Slane, Burt, & Klump, 2008; Wertheim et al., 2001). However, Hayden-Wade et al. (2005) found mixed results, depending on the ED subscales. For instance, no significant correlation between weight-related teasing frequency and Body Dissatisfaction subscale was found, but the Bulimia subscale was found to have a significant and positive relationship with weight-related teasing (Hayden-Wade et al., 2005). In addition, Libbey, Story, Neumark-Sztainer, and Boutelle (2008) and Suisman et al. (2008) showed that weight-related teasing frequency predicted a variety of ED symptoms, whereas Hayden-Wade et al. (2005) did not find a significant trend predicting bulimic behaviours. Other studies have found mixed results, showing that the relationship



between weight-related teasing frequency and ED depended on age (Gardner, Stark, Friedman, & Jackson, 2000; Wertheim et al., 2001), sex (Gardner et al., 2000), cultural context (Lunner et al., 2000), or the source of the teasing (e.g. the family member perpetuating the teasing) (Keery, Boutelle, van den Berg, & Thompson, 2005).

Most studies on weight-related teasing have focused on the frequency of teasing occurrences. However, Libbey et al. (2008) and Thompson, Cattarin, Fowler, and Fisher (1995) were interested in the teasing effect (how much the teasing upset the person). For instance, among adult women, Thompson et al. (1995) found that the report of past teasing effect was significantly related with current ED. Libbey et al. (2008) found that teasing effect predicted the reported importance attributed to thinness, weight, and shape and the frequency at which adolescents felt a loss of control while eating. However, teasing effect did not predict most ED-related attitudes and behaviours (e.g. eating in secret or being afraid of losing control while eating) (Libbey et al., 2008).

## **Rational**

Little attention has been given to children in previous studies investigating the relationship between BMI, ESE, perfectionism, weight-related teasing and ED. In addition, previous studies yield mixed results. Inconsistencies in previous research are likely due to two factors. One factor may be that samples consisted of participants of the same age, and the other is that when samples did include diverse age groups, age was not considered during analysis. These methods did not allow for the identification of factors that are of particular importance at different development stages (Wertheim et al., 2001), despite the fact that ED-related factors tend to vary across ages (Gardner et al., 2000; Gralen, Levine, Smolak, & Murnen, 1990; Wertheim et al., 2001). In addition, previous studies mainly focused on female populations. Though this approach is appropriate when studying adolescent and adult populations in isolation, in which ED related disorders only affect 10% of males, this percentage increases to 33% among male children (Hamilton, 2007). In addition to the substantial cost of ED related hospitalizations (Zhao & Encinosa, 2011), disordered eating attitudes and behaviours in childhood tend to persist into adulthood (Kotler, Cohen, Davies, Pine, & Walsh, 2001; Neumark-Sztainer et al., 2009) and to increase in severity over time (le Grange & Loeb, 2007; Sancho et al., 2007). However, early

detection and treatment improves their prognosis (Keca & Cook-Cottone, 2005; le Grange & Loeb, 2007). Since identifying risk factors related to ED is necessary to the development of prevention programs, the purpose of the current study is to assess to which extent BMI, ESE, perfectionism and weight-related teasing account for ED-related attitudes and behaviours among boys and girls aged 6 to 9. The sub-objective is to substantiate whether sex and grade levels have a moderating effect on relationships between ED-related attitudes and behaviours and the selected factors.

## **Method**

### **Participants**

The sample included 430 children, aged 6 to 9, who were currently enrolled in grade 1 through grade 3. The participants were recruited from four elementary schools in Quebec, Canada and consisted of 240 girls (mean age=7.43, SD=.91) and 188 boys (mean age=7.62, SD=.93). Child-grade distributions were relatively homogeneous (grade 1 =123, grade 2= 145, grade 3=132). School administrations were supportive of the project, and both parents and children who agreed to participate voluntarily signed a written consent. Children who chose not to participate engaged in personal work during the experiment.

### **Measures**

#### **Eating disorders.**

The Children's Version of the Eating Attitudes Test-F2 (ChEAT-F2; Turgeon, Forget, Bégin, & Caron, submitted), adapted for children aged 6 to 9, was used to measure the children's ED-related attitudes and behaviours. The ChEAT-F2 is an adaptation of the ChEAT by Maloney, McGuire, and Daniels (1988) that has been recently translated in French and adapted for children 8 to 13 by Sénécal (2010). The ChEAT-F2 includes 26 items rated on a Likert scale from 1 (always) to 6 (never). Questions ask children to rate behaviours and attitudes related to eating disorders, for example [*J'ai peur d'être gros*]. When scoring, each item is worth between 3 and 0 points, depending on the answer. Higher points indicate more problematic behaviour. Possible scores ranged from 0 to 78. Although the questionnaire is not intended as a diagnostic tool, a

score of 20 or higher suggests that the child is at risk for an ED (Maloney et al., 1988).

Cronbach's alphas for internal reliability ranged from .77 to .81, and the Pearson correlation for temporal stability was .72 (Turgeon, Forget, Bégin, et al., submitted).

### **Eating self-efficacy.**

The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F-E (EDRSQ-F-E; Mercier, Turgeon, Forget, & Bégin, submitted) was used to measure children's confidence in the ability to adopt and to maintain healthy eating attitudes and behaviours. The EDRSQ-F-E was adapted for children aged 6 to 9. The original version was developed for adults by Pinto et al. (2006) and was later translated in French by Couture et al. (2010). The scale consists of 23 items rated on a 5-point scale. Cronbach's alphas for internal reliability varied from .85 to .88, and the Pearson correlation for temporal stability was .66 (Mercier et al., submitted).

### **Perfectionism.**

The positive self-oriented perfectionism subscale (PSOP) and the negative self-oriented perfectionism subscale (NSOP) were adapted for children aged 6 to 9, and used to evaluate perfectionism (Turgeon, Forget, & Bégin, submitted). Both subscales are adapted from the Positive and Negative Perfectionism Scale (Terry-Short et al., 1995), which was translated in French for adolescents by Sheidah, Bouffard, and Vezeau (2002). Each subscale includes 10 items rated on a 4-point scale. Both the PSOP and the NSOP showed good internal reliability with a Cronbach's alpha of .76 and .81, respectfully. Internal reliability was also good for both measures, at .76 for PSOP and .81 for NSOP (Turgeon, Forget, & Bégin, submitted). Pearson correlations for test-retest reliability were respectively .67 and .66 (Turgeon, Forget, & Bégin, submitted).

### **Weight-related teasing.**

The Weight-Teasing subscale (WT) from the Perception of Teasing Scale (POTS), adapted for children aged 6 to 9 (Turgeon, Forget, & Bégin, 2013), was used to measure children experiences with weight-related teasing. The original version of the POTS was developed for women by Thompson et al. (1995). The WT subscale is composed of six two-part items. One

sub-item assesses weight-related teasing frequency (WT-F) on a Likert scale (1= never, 5= very often), and the other assesses weight-related teasing effect (WT-E). The WT-E measures the level of distress experienced by children when they are teased about their weight (1= not upset, 5=very upset) (Turgeon et al., 2013). Cronbach's alphas for internal reliability ranged from .86 to .88 for the WT-F (Turgeon et al., 2013). Similar to the original version of the scale, internal reliability for the WT-E could not be calculated because not enough children answered all six of the items (Turgeon et al., 2013). Pearson correlations for test-retest reliability of WT-F and WT-E were respectively .55 and .31 (Turgeon et al., 2013).

### **Body mass index.**

Parents were asked to provide their children's height and weight when completing the written consent form. BMI was calculated using the usual formula: weight (kg)/height (m<sup>2</sup>).

### **Procedure**

Two weeks prior to the study, school administrations distributed consent forms and information to children, who brought them home to their parents. Only children who obtained appropriate signatures from their parents, and who also voluntarily agreed to partake in the study, were included in the research. On the day of the study, research assistants provided every child with a copy of each questionnaire, an envelope and a cardboard screen. Children were instructed to install their cardboard screen on their desk in a way that maximized the confidentiality of their answers. To ensure that every child completely understood the questionnaires, research assistants read every item out loud while children followed along and answered the questions. Finally, the children were instructed to place their completed questionnaires and consent forms in the provided envelope and return the envelope to the research assistants. The procedure took place in classrooms and lasted approximately 50 minutes from start to finish.

### **Data analysis**

Means and standard deviations of each measured construct were calculated and are presented in table 1. Because the distributions were positively skewed, a square root transformation on the total score of the Cheat-F2 and a logarithmic transformation on BMI were

performed to normalize distributions. Similarly, square root transformations were performed to overcome the negative distributions of the EDRQS-F-E and PSOP scales and the positive skewness of the NSOP distribution. However, because transformations could not resolve a floor effect in the distributions of the POTS-WT-F and the POTS-WT-E, the values of the subscales were dichotomized (response 1 versus responses 2 to 5). Relationships among ED-related attitudes and behaviours and BMI, ESE, perfectionism and weight-related teasing were assessed with bilateral Pearson correlations and multiple regression analyses. Lastly, tests of differences between Pearson correlations were conducted to test whether sex and grade levels had a moderating effect on relationships between ED-related attitudes and behaviours and the selected factors.

## Results

### Pearson correlations

Bilateral Pearson correlations between the ChEAT-F2 and factors were carried out and are presented in table 1. BMI, PSOP and POTS-WT-E were not correlated with the ChEAT-F2. The ChEAT-F2 was negatively correlated with the EDRSQ-F-E ( $r = -.38, p < .01$ ) and was positively correlated with the NSOP ( $r = .33, p < .01$ ) and the POTS-WT-F ( $r = .21, p < .01$ ). It should be noted that some Pearson correlations from the current study have already been reported in a broader study that used the correlations in discussing the psychometric properties of measures adapted for Francophone children aged 6-9.

### Regression analyses

A multiple regression analysis was carried out on the EDRSQ-F-E, with the NSOP and the POTS-WT-F as predictors of the ChEAT-F2. The total model accounted for 21.50% (20.90% adjusted) of the variance ( $F[3,385] = 35.12; p < .01$ ). However, the unique contribution of the POTS-WT-F was not significant ( $t(385) = 1.58; p = .12, \beta = .08, CI_{95} [-.06, .57]$ ). In order to accurately assess the contribution of the two other factors, a second multiple regression analysis excluding the POTS-WT-F was conducted and results are presented in table 2. The second model accounted for 21.60% (21.2% adjusted) of the variance ( $F[2,397] = 54.75; p < .01$ ). A higher

adjusted  $r^2$  for the latter model compared to the former and the absence of collinearity between factors confirmed that removing the POTS-WT-F from the analysis was appropriate. The proportion of variance uniquely accounted by the EDRSQ-F-E and the NSOP was 10.76% ( $p < .01$ ) and 7.39% ( $p < .01$ ), respectively. Lastly, the total unique variance accounted by the model was 18.15%, indicating a shared variance of 3.45%.”

### **Test of differences between coefficients of correlation**

To determine whether sex or grade level had moderating effects on the ChEAT-F2 and other factors, test of differences between coefficients of correlation were conducted. Results are presented in table 3. No significant differences were found when comparing sex correlations between the ChEAT-F2 and other factors. However, there were significant differences in correlations between groups by grade level. The correlation between the Cheat-F2 and the PSOP in grade 3 was significantly different compared to grade 1 ( $Z = 3.29, p < .01$ ) and grade 2 ( $Z = 2.37, p = .02$ ). In addition, the correlation between the ChEAT-F2 and the NSOP in grade 3 was significantly different when compared to grade 1 ( $Z = 2.12, p = .03$ ), but did not differ significantly when compared to grade 2 ( $Z = 1.64, p = .10$ ). No significant differences were found when comparing the correlations in grade 1 and grade 2 between the ChEAT-F2 and the NSOP. No other significant differences in correlations between factors by grade levels were found.

### **Discussion**

The current study focused on measuring ED-related attitudes and behaviours and related factors in children. The primary purpose of this study was to examine the relationship between ED and BMI, ESE, perfectionism, and weight-related teasing, and to test whether the prediction model varied across sexes or grade levels. These factors could potentially prove helpful in developing future prevention programs.

Consistent with previous studies conducted with adults and adolescents (Ackard et al., 2011; Bennett et al., 1991; Berman, 2006; Couture et al., 2010; Pinto et al., 2006; Pinto et al., 2008), this study found that as children have more ED-related attitudes and behaviours, they tend



to have lower confidence in their control of eating behaviour. Furthermore, the results of this study indicate that children who reported increased characteristics of ED were more likely to set extremely high standards for themselves in order to avoid negative consequences, but were not more likely to set high standards in order to obtain positive consequences. These findings support Castro et al.'s (2004) study which reported that SOP was correlated positively with ED, and went a step further by distinguishing between positive and negative forms of SOP. Our study found similar results as Roohafza et al. (2010). Though failing to include the social dimension of perfectionism in their study, Roohafza et al. (2010) distinguished between positive and negative forms of perfectionism and found that negative perfectionism in adolescents is associated with maladaptive traits such as anxiety and depression. Furthermore, the positive relation between ED-related attitudes and behaviours and NSOP, but not PSOP, is consistent with the transdiagnostic cognitive behavioural theory of ED. In Fairburn's (2008) theoretical model, ED are partially maintained by negative reinforcement mechanisms. For instance, binge eating may temporarily reduce day-to-day negative mood states or distract individuals from thinking about their difficulties. Compensatory purging (e.g. vomiting, laxative misuse) can serve to distract from the aversive stimulus of fear of fatness. Since ED pathology and negative perfectionism implies negative reinforcement mechanisms, it is reasonable to expect a positive relationship between the two.

Although our study found no correlation between weight-related teasing effect and ED-related attitudes and behaviours, a positive correlation was found between weight-related teasing frequency and ED-related attitudes and behaviours. That is, as frequency of teasing increased, ED scores also increased. This positive correlation is consistent with other studies of ED with children and adolescent samples (Lopez-Guimera et al., 2012; Suisman et al., 2008; Wertheim et al., 2001). However, the absence of a significant correlation between ED-related attitudes and behaviours and weight-related teasing effect contradicts previous finding by Thompson et al. (1995) who found a positive correlation among women. Thompson et al. (1995) and Turgeon et al. (2013) used two different version of the POST-WT. The original version of the POTS-WT was developed as a retrospective assessment for adults of past teasing experiences from the ages of 5 to 16 years, whereas Turgeon et al. (2013) adapted the scale to measure actual teasing experienced by children 6 to 9. Turgeon et al. (2013), in their discussion of contradicting results



in their validation article of the adaptation of the POTS-WT for children 6 to 9, formulated the hypothesis that distress caused by weight-related teasing during childhood may in the long term promote the development of disordered eating. Hence, the lack of correlation could be explained by the influence of time.

Finally, current results support the work of Jacobi et al. (2001), similarly finding that BMI is not related to ED-related attitudes and behaviours in childhood. Though, this finding differs from other studies finding positive correlations between BMI and ED in adolescent populations (Boone et al., 2010; Burggraf, 2000; Field et al., 2001; Wertheim et al., 2001). The cross-sectional design of the current study might account for the lack of correlation between BMI and ED scores. Yeo and Hughes (2011) suggested that a single measure of BMI for children could be misleading and that ED may be reflected by failures to gain weight appropriately. A longitudinal design could help with this methodological concern.

A regression analysis was performed to identify the predictors of ED-related attitudes and behaviours. Most of the variance was accounted for by the unique contribution of ESE (10.76%) and NSOP (7.39%). Both predictors together only shared 3.45% of the variance. This finding suggests that ESE and NSOP are relevant but distinct explanatory factors related to ED-related attitudes and behaviours among children. Researchers and practitioners should consider these two factors when designing prevention and intervention programs with young populations.

Developing self-efficacy beliefs in children through teaching them to challenge their negative thoughts has been found to be a good strategy in increasing confidence in the ability to perform a task (National Association of School Psychologists, 2010). Adults can also enhance children's self-efficacy by helping them become aware of their successes and how they were achieved (National Association of School Psychologists, 2010). For instance, adults could encourage a child to keep a "success journal," in which they list their successes and the strategies used to achieve them (e.g. I have eaten at a buffet and stopped when I felt satisfied). Children who have not yet learned to write could draw a picture of themselves achieving success. Adults can also praise children for their efforts and strategies (National Association of School Psychologists, 2010). Using process praises help children to focus on factors that are in their

control, those which they can regulate their level of effort and their choices of strategies (National Association of School Psychologists, 2010).

Since NSOP contributed significantly in the prediction of ED-related attitudes and behaviours, future prevention programs should aim to reduce this kind of perfectionism. For instance, Nobel, Manassis, and Wilansky-Traynor (2012) designed a school-based cognitive-behavioural program with the goal of reducing levels of perfectionism in children. Nobel et al.'s (2012) results are encouraging, though because a significant reduction of SOP was found in the treatment group as well as in the control group, the program is still in need of some refinement. Because the program was not explicitly detailed by Nobel et al. (2012) and no distinction was made between positive and negative forms of SOP, improvements cannot be suggested here. Nevertheless, according to Flett et al. (2011), the first step in reducing inappropriate perfectionistic attitudes and behaviours in children is to help them become aware of the potential consequences associated with perfectionism. Stories that portray that nobody is perfect and that making mistakes is a part of learning could be used to strengthen the distinction between doing one's best versus attempting to achieve excessively high standards (Flett et al., 2011). Adults can also serve as models of self-acceptance by pointing out their own mistakes and admitting their errors without excessive explanations (National Association of School Psychologists, 2009).

To test for moderating effects of sex and grade level, differences in correlations between the ChEAT-F2 and factors were compared, with only significant differences found to be moderated by grade level. The only significant differences in correlations between the ChEAT-F2 and the NSOP were found between grade 1 and grade 3. This result suggests that the magnitude of the relation between both factors is similar in grade 2 and in grade 3. In other words, even though the relationship between the NSOP and ED scores remains statistically significant across all grades, NSOP is a more relevant predictor of ED-related attitudes and behaviours in older children than in younger ones. Moreover, the correlation between the PSOP and the ChEAT-F2 in grade 3 is significantly stronger than the correlation found in grade 1 or 2. This indicates that PSOP becomes a better indicator of ED as children grow up. Finally, because there were no significant differences in correlations between the ChEAT-F2 and any other factors between girls and boys, the relationships investigated in this study are not affected by

sex. In short, future studies developing prevention or intervention programs for ED based on improving ESE or on reducing NSOP should pay particular attention to grade level rather than sex.

## Limitations

This study was not without limitations. First, the study used a cross-sectional design, limiting the ability to infer causal relationships between ED scores and selected factors. For instance, the data was analyzed with the assumption that ESE and perfectionism may contribute to ED risks. However, ED may also influence ESE and perfectionism. Only a longitudinal research design can clarify the direction of the relationship. Second, because the ChEAT-F2 is not a diagnostic questionnaire, diagnostic interviews such as the ED scale within the Development and Well-Being Assessment (Goodman, Ford, Richards, Gatward, & Meltzer, 2000) could have been used to confirm if any of the children were engaged in disordered eating, and may have been an interesting addition to the study. However, there is currently no French adaptation of this scale. Furthermore, the purpose of the current study was to identify potential prevention factors, and for this reason a screening instrument such as the ChEAT-F2 was appropriate to evaluate ED-related characteristics. Another possible limitation was that all measures were self-reported and thus subject to possible recall bias or social desirability. The reluctance of participants to divulge accurate information is particularly problematic when dealing with sensitive topics such as ED (Berman, 2006). However, given the adequate psychometric qualities of the questionnaires and the added confidentiality provided by the cardboard screens, the results are likely to be accurate. The use of cardboard screens was an original procedure that has not been used in previous studies. Lastly, using parents' reports of weight and height may also be less reliable than measures taken by research assistants. However, this method was used because it is less intrusive, an important concern for a study that explicitly deals with ED. According to a previous study using maternal reports of four-year olds, no significant difference were found in the accuracy of the maternal reports compared to actual measurements, except for the weight of boys, which were overestimated by 2 kg or more (Dubois & Girard, 2007). It should be noted that mothers from Dubois and Girard (2007) were asked to report weights and heights without weighing or measuring their children. In the current

study, parents were not required to weigh or measure their children, though they were free to do so.

In summary, the current study extends our knowledge about ED-related attitudes and behaviours in children. Specifically, this is one of the few preliminary studies to look at the relationships between ED and factors such as BMI, ESE, perfectionism and weight-related teasing in children. Results highlight the relevance of ESE and NSOP in predicting ED-related attitudes and behaviours, and suggest that prevention or intervention programs should be planned with particular attention to grade level. Although the current study identified relevant factors, substantial variability remains unaccounted for and further research is needed to better identify children who are at risk of ED and for improving prevention programs.

## References

- Academy for Eating Disorders. (n.d). Our mission. Retrieved January 10, 2014, from [http://www.aedweb.org/Our\\_Mission/2241.htm](http://www.aedweb.org/Our_Mission/2241.htm)
- Ackard, D. M., Cronemeyer, C. L., Franzen, L. M., Richter, S. A., & Norstrom, J. (2011). Number of different purging behaviors used among women with eating disorders: psychological, behavioral, self-efficacy and quality of life outcomes. *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention*, 19, 156-174. doi: 10.1080/10640266.2010.511909
- Agras, W. S., Bryson, S., Hammer, L. D., & Kraemer, H. C. (2007). Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 171-178. doi: 10.1097/chi.0b013e31802bd997
- Allen, K. L., Byrne, S. M., La Puma, M., McLean, N., & Davis, E. A. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eating behaviors*, 9, 438-446. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.07.008
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84, 191-215.
- Bennett, N. A. M., Spoth, R. L., & Borgen, F. H. (1991). Bulimic symptoms in high school females: Prevalence and relationship with multiple measures of psychological health. *Journal of community psychology*, 19, 13-28.
- Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating behaviors*, 7, 79-90. doi: 10.1016/j.eatbeh.2005.07.004
- Boone, L., Soenens, B., Braet, C., & Goossens, L. (2010). An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 686-691. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.022

- Burggraf, K. K. (2000). *Eating disorder symptomatology and media, family, psychological, and maturational variables: A longitudinal study of young females*. (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Digital Dissertation. (AAT NQ54771)
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., . . . Toro, J. (2007). Self-oriented perfectionism in eating disorders. *The international journal of eating disorders*, 40, 562-568. doi: 10.1002/eat
- Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., & Saura, B. (2004). Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa. *Journal of adolescent health*, 35, 392-398. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.11.094
- Chavez, M., & Insel, T. R. (2007). Eating disorders. *American Psychologist*, 62, 159-166. doi: 10.1037/0003-066X.62.3.159
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 739-744.
- Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., & Stychar, I. (2010). French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *Eur Eat Disord Re*, 18, 234-243. doi: 10.1002/erv.996
- Czarlinski, J. A., Aase, D. M., & Jason, L. A. (2012). Eating disorders, Normative Eating Self-Efficacy and Body Image Self-Efficacy: Women in recovery homes. *European Eating Disorders Review*, 20, 190-195. doi: 10.1002/erv.1116
- Dubois, L., & Girad, M. (2007). Accuracy of maternal reports of pre-schoolers' weights and heights as estimates of BMI values. *International Journal of Epidemiology*, 36, 132-138. doi: 10.1093/ije/dyl281

- Erickson, S. J., & Gerstle, M. (2007). Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors. *Eating behaviors*, 8, 224-235. doi: 10.1016/j.eatbeh.2006.06.003
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New-York: The Guilford Press.
- Field, A. E., Austin, S. B., Taylor, C. B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H. R., . . . Colditz, G. A. (2003). Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112, 900-906.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107, 54-60. doi: 10.1542/peds.107.1.54
- Fingeret, M. C., Warren, C. S., Cepeda-Benito, A., & Gleaves, D. H. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention*, 14, 191-213. doi: 10.1080/10640260600638899
- Flett, G. L., Coulter, L.-M., Hewitt, P. L., & Nepon, T. (2011). Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 26, 159-176. doi: 10.1177/0829573511422039
- Garcia-Villamizar, D., Dattilo, J., & Del Pozo, A. (2012). Depressive mood, eating disorder symptoms, and perfectionism in female college students: A mediation analysis. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 20, 60-72. doi: 10.1080/10640266.2012.635569
- Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205. doi: 10.1016/S0022-3999(00)00172-0



- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *The international journal of eating disorders*, 2, 15-34.
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 41, 645-656. doi: 10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x
- Gralen, S. J., Levine, M. P., Smolak, L., & Murnen, S. K. (1990). Dieting and disordered eating during early and middle adolescence: Do the influences remain the same? *The international journal of eating disorders*, 9, 501-512. doi: 10.1002/1098-108X(199009)9:5<501::AID-EAT2260090505>3.0.CO;2-0
- Haines, J., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors. *Health education research*, 21. doi: 10.1093/her/cyl094
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., & Hannan, P. J. (2006). Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens). *Pediatrics*, 117, e209-e215. doi: 10.1542/peds.2005-1242
- Hamilton, J. D. (2007). Eating disorders in preadolescent children. *The Nurse Practitioner*, 32(3), 44-48.
- Hayden-Wade, H. A., Stein, R. I., Ghaderi, A., Saelens, B. E., Zabinski, M. F., & Wilfley, D. E. (2005). Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers. *Obesity research*, 13, 1381-1392.
- Hudson, L. D., Nicholls, D. E., Lynn, R. M., & Viner, R. M. (2012). Medical instability and growth of children and adolescents with early onset eating disorders. *Archives of Disease in Childhood*, 97, 779-784. doi: 10.1136/archdischild-2011-301055

- Jacobi, C., Agras, S. W., & Hammer, L. (2001). Predicting children's reported eating disturbances at 8 years of age. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 364-372. doi: 10.1097/00004583-200103000-00017
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological bulletin*, 130, 19-65. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.19
- Jacobi, C., Schmitz, G., & Agras, W. S. (2008). Interactions between disturbed eating and weight in children and their mothers. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 29, 360-366. doi: 10.1097/DBP.0b013e31817dbd7d
- Keca, J., & Cook-Cottone, C. (2005). Eating disorders: prevention is worth every ounce. *Counseling 101*, 5(9), 11-15.
- Keery, H., Boutelle, K., van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of adolescent health*, 37, 120-127. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.08.015
- Killen, J. D., Taylor, B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., . . . Strachoski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 936-940.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Wilson, D. M., Haydel, K. F., Hammer, L. D., . . . Varady, A. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis. *The international journal of eating disorders*, 16, 227-238.
- Kotler, L. A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D. S., & Walsh, T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1434-1440. doi: 10.1097/00004583-200112000-00014

- le Grange, D., & Loeb, K. L. (2007). Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome. *Early Interv Psychiatry, 1*, 27-39. doi: 10.1111/j.1751-7893.2007.00007.x
- Libbey, H. P., Story, M. T., Neumark-Sztainer, D. R., & Boutelle, K. N. (2008). Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity, 16*, S24-S29. doi: 10.1038/oby.2008.455
- Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review, 6*, 51-66.
- Lopez-Guimera, G., Fauquet, J., Sanchez-Carracedo, D., Barrada, J. R., Saldana, C., & Masnou-Roig, A. (2012). Psychometric properties of the Perception of Teasing Scale in a Spanish adolescent sample: POTS-S. *Eating and Weight Disorders, 17*, e210-e218. doi: 10.3275/8245
- Lunner, K., Werthem, E. H., Thompson, J. K., Paxton, S. J., McDonald, F., & Halvaarson, K. S. (2000). A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples. *The international journal of eating disorders, 28*, 430-435.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing a children's version of the eating attitude test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 541-543. doi: 10.1097/00004583-198809000-00004
- McCormack, L. A., Laska, M. N., Gray, C., Veblen-Mortenson, S., Barr-Anderson, D., & Story, M. (2011). Weight-related teasing in a racially diverse sample of sixth-grade children. *Journal of the American Dietetic Association, 111*, 431-436. doi: 10.1016/j.jada.2010.11.021

- McVey, G. L., Pepler, D., Davis, R., Flett, G. L., & Abdoell, M. (2002). Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence. *The Journal of early adolescence, 22*, 75-95. doi: 10.1177/0272431602022001004
- Mercier, M., Turgeon, M.-E., Forget, J., & Bégin, J. (submitted). Adaptation du Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F) en une version pour enfants (EDRSQ-F-Enfants) [Adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F) into a version for children (EDRSQ-F-Enfants)].
- National Association of School Psychologists. (2009). Children and perfectionism. Retrieved January 10, 2014, from [http://school-counselors.pwcs.mountainview.schoolfusion.us/modules/locker/files/get\\_group\\_file.phtml?fid=4743078&gid=805437](http://school-counselors.pwcs.mountainview.schoolfusion.us/modules/locker/files/get_group_file.phtml?fid=4743078&gid=805437)
- National Association of School Psychologists. (2010). Self-efficacy: Helping children believe they can succeed. *Communiqué, 39*(3), 1-4.
- National Eating Disorders Association. (n.d). Who we are. Retrieved January 10, 2014, from <http://www.nationaleatingdisorders.org/who-we-are>
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J., & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity, 26*, 123-131. doi: 10.1038/sj=ijo=0801853
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M., & Sherwood, N. E. (2009). Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment. *The international journal of eating disorders, 42*, 664-672. doi: 10.1002/eat.20733
- Nobel, R., Manassis, K., & Wilansky-Traynor, P. (2012). The role of perfectionism in relation to an intervention to reduce anxious and depressive symptoms in children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 30*, 77-90. doi: 10.1007/s10942-011-0133-5

- Parkinson, K. N., Drewett, R. F., Le Couteur, A. S., Adamson, A. J., & Gateshead Millennium Study core team. (2012). Earlier predictors of eating disorder symptoms in 9-year-old children. A longitudinal study. *Appetite*, 59, 161-167. doi: 10.1016/j.appet.2012.03.022
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2006). How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of adolescent health*, 39, 800-805. doi: 10.1016/j.jadohealth.2006.05.013
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D., & Katzman, D. K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165, 895-899. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.145
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & Diclemente, C. C. (2006). Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *The international journal of eating disorders*, 39, 376-384. doi: 10.1002/eat
- Pinto, A. M., Heinberg, L. J., Coughlin, J. W., Fava, J. L., & Guarda, A. S. (2008). The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Change with treatment and prediction of outcome. *Eating behaviors*, 9, 143-153. doi: 10.1016/j.eatbeh.2007.07.001
- Public Health Agency of Canada. (2002). A report on mental illnesses in Canada. Retrieved January 10, 2014, from [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mm/mac/pdf/chap\\_6\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mm/mac/pdf/chap_6_e.pdf)
- Roohafza, H., Afshar, H., Sadeghi, M., Soleymani, B., Saadaty, A., Matinpour, M., & Asadollahi, G. (2010). The relationship between perfectionism and academic achievement, depression and anxiety. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(2), 31-36.
- Rosen, D. S., & Committee on Adolescence. (2010). Identification and management of eating disorders in children and adolescents. *Pediatrics*, 126, 1240-1253. doi: 10.1542/peds.2010-2821

- Sancho, C., Arija, M. V., Asorey, O., & Canals, J. (2007). Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 495-504. doi: 10.1007/s00787-007-0625-0
- Seidah, A., Bouffard, T., & Vezeau, C. (2002). La mesure du perfectionnisme: validation canadienne française du Positive and Negative Perfectionism Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34(3), 168-171.
- Senécal, C. (2010). *Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires pour enfant auprès d'une population francophone [Validation of a children's eating attitudes test within a French-speaking population]*. Unpublished doctoral dissertation. Université du Québec à Montréal. Montréal, Canada.
- Shisslak, C. M., Crago, M., McKnight, K. M., Estes, L. S., Gray, N., & Parnaby, O. G. (1998). Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 301-313. doi: 10.1016/S0022-3999(97)00256-0
- Stice, E., Shaw, H., & Marti, C. N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings. *Annual review of clinical psychology*, 3, 207-231. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447
- Suisman, J. L., Slane, J. D., Burt, S. A., & Klump, K. L. (2008). Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls. *Eating behaviors*, 9, 493-496. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.04.001
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668. doi: 10.1016/0191-8869(94)00192-U
- Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B., & Fisher, E. (1995). The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS). *Journal of personality assessment*, 65, 146-157.



- Tremblay, L., & Lariviere, M. (2009). The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents. *Eating behaviors*, 10, 75-83. doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.12.001
- Turgeon, M.-E., Forget, J., & Bégin, J. (2013). Validation francophone et québécoise de la sous-échelle Weight-Related Teasing du Perception of Teasing Scale chez les enfants [Validation in a French-speaking Quebec population of the subscale Weight-Related Teasing of the Perception of Teasing Scale for children]. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 23, 52-62. doi: 10.1016/j.jtcc.2013.01.004
- Turgeon, M.-E., Forget, J., & Bégin, J. (submitted). Validation d'une sous-échelle de l'Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif [Validation of a subscale from the Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif].
- Turgeon, M.-E., Forget, J., Bégin, J., & Caron, P.-O. (submitted). Adaptation and validation of the Children's Version of the Eating Attitudes Test-F.
- Turgeon, M.-E., Forget, J., & Senécal, C. (2011). Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants [Eating disorders, depression, self-esteem and perfectionism in children]. *Pratiques psychologiques*, 17, 315-328. doi: 10.1016/j.prps.2009.11.002
- Valutis, S. A., Goreczny, A. J., Abdullah, L., Magee, E., & Wister, J. A. (2009). Weight preoccupation, body image dissatisfaction, and self-efficacy in female undergraduates. *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, 3(1), 1-11.
- Wagner, S., Halmi, K. A., & Maguire, T. V. (1987). The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several? *The international journal of eating disorders*, 6, 495-505.
- Wertheim, E. H., Koerner, J., & Paxton, S. J. (2001). Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 69-81.



- Wichstrom, L. (2000). Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating: a prospective study of the general adolescent population in Norway. *The international journal of eating disorders*, 28, 33-42.
- Wilksch, S. M., Durbridge, M. R., & Wade, T. D. (2008). A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 937-947. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181799f4a
- Yager, Z., & O'Dea, J. A. (2008). Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions. *Health promotion international*, 23, 173-189. doi: 10.1093/heapro/dan004
- Yenason, M. A. K. (2001). *Self-efficacy as a predictor of binge eating and purging in bulimia nervosa: The mediating influence of outcome expectancies*. (Doctoral dissertation). Available from ProQuest Digital Dissertation. (AAT 3011889)
- Yeo, M., & Hughes, E. (2011). Eating disorders: Early identification in general practice. *Australian Family Physician*, 40, 108-111.
- Zhao, Y., & Encinosa, W. (2011). An update on hospitalizations for eating disorders, 1999 to 2009. Retrieved January 10, 2014, from <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf>

Table 1

*Means, standard deviations and correlations between the ChEAT-F2 and factors*

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>r</i>
ChEAT-F2	11.23	10.06	
BMI	16.84	4.30	.01
EDRSQ-F-E	3.88	.76	-.38**
PSOP	31.95	5.78	.04
NSOP	20.36	6.84	.33**
POTS-WT-F	8.05	4.54	.21**
POTS-WT-E	2.85	1.57	-.01

*Notes.* ChEAT-F2= Children's Version of the Eating Attitudes Test-F2. BMI= Body mass index. EDRSQ-F-E= Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F-E. PSOP= Positive self-oriented perfectionism subscale. NSOP= Negative self-oriented perfectionism subscale. POTS-WT-F= items measuring weight teasing frequency. POTS-WT-E= items measuring weight teasing effect. \*\*  $p < .01$ .

Table 2

*Multiple regression analysis for EDRSQ-F-E, NSOP a predicting the ChEAT-F2*

Factors	ChEAT-F2	EDRSQ-F-E	NSOP	<i>B</i>	$\beta$	<i>sr</i> <sup>2</sup>	IC <sub>95</sub>
EDRSQ-F-E	-.38**			-1.26	-.33	.108	[-1.59, -.92]
NSOP	.33**	-.16**		.58	.28	.074	[.39, .76]
			intercept	2.95			[1.79, 4.11]
				<i>r</i> <sup>2</sup>	.216 <sup>a</sup>		
				<i>adjusted r</i> <sup>2</sup>	.212		[.18, .25]
				<i>r</i>	.465		

*Notes.* \*\**p* < .001. <sup>a</sup>unique variance = .182; shared variance .035. ChEAT-F2 = Children's Version of the

Eating Attitudes Test-F2. EDRSQ-F-E = Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F-E.

NSOP = Negative self-oriented perfectionism subscale.

Table 3

*Correlations between factors and the ChEAT-F2 by sex and grade levels*

Factors	Girls	Boys	Grade 1	Grade 2	Grade 3
BMI	-0.014	0.180*	0.169	-0.017	0.218*
EDRSQ-F-E	-0.342**	-0.435**	-0.328**	-0.350**	-0.443**
PSOP	0.049	0.003	-0.119	0.009	0.289**
NSOP	0.372**	0.275**	0.233**	0.297**	0.467**
POTS-WT-F	0.217**	0.199**	0.169	0.138	0.295**
POTS-WT-E	-0.080	0.074	0.072	-0.114	0.009

Notes. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . ChEAT-F2= Children's Version of the Eating Attitudes Test-F2. BMI=Body mass index. EDRSQ-F-E= Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-F-E. PSOP= Positive self-oriented perfectionism subscale. NSOP= Negative self-oriented perfectionism subscale. POTS-WT-F= items measuring weight-related teasing frequency. POTS-WT-E= items measuring weight-related teasing effect.

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION GÉNÉRALE

Les trois premiers objectifs de cette thèse doctorale consistent à adapter et à valider des questionnaires pour les enfants francophones de 6 à 9 ans. Le quatrième objectif spécifique vise à investiguer si les facteurs associés, dont l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA et les moqueries liées au poids expliquent la présence des attitudes et des comportements associés aux TCA chez des enfants de 6 à 9 ans. En tant que sous-objectif l'étude vise aussi à vérifier si le sexe ou le degré scolaire ont un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les variables indépendantes.

Ce chapitre fait un bref rappel de l'ensemble des résultats de cette thèse. Ensuite, quelques considérations cliniques sont proposées et elles sont suivies d'une discussion sur les forces et sur les limites des études de la thèse. Ces limites sont également traitées en fonction de propositions pour les travaux de recherche futurs.

#### 6.1 Synthèse des résultats des articles de la thèse

##### 6.1.1 Article 1: Adaptation et validation du *Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2*

L'objectif de cet article est d'adapter le *ChEAT-F* aux enfants francophones de 6 à 9 ans et d'évaluer ses propriétés psychométriques.

Conformément aux articles de validation des versions anglophone et francophone, une analyse factorielle avec rotation varimax est réalisée et elle permet de distinguer quatre facteurs. Une différence existe cependant entre le nombre d'énoncés compris dans le *ChEAT-F2* et dans le *ChEAT*. Smolak et Levine (1994) suggèrent d'utiliser

une version à 23 énoncés puisque d'après leurs résultats, les énoncés 5, 19 et 25 présentent un coefficient de saturation inférieur à 0,30. En revanche, tel que le *ChEAT-F*, une version à 24 items (énoncés 19 et 25 retirés) convient au *ChEAT-F2*. Les énoncés 19 et 25 sont retirés puisqu'ils corrèlent négativement avec le reste du questionnaire. Pour ce qui est de la répartition des énoncés dans les facteurs, celle-ci respecte davantage celle du *ChEAT* que celle du *ChEAT-F*. Pour cette raison, les noms des facteurs choisis pour le *ChEAT-F2*, sont identiques à ceux du *ChEAT*. Le total de variance expliquée par le *ChEAT-F2* est de 41,4 %, donc légèrement inférieur au 48 % obtenu par Smolak et Levine (1994). Toutefois, ce résultat est similaire au 42 % rapporté par Senécal (2010). Bref, puisque le nombre de facteurs obtenus par l'analyse factorielle exploratoire et que les saturations des énoncés sur les facteurs sont similaires à la version originale, la validité de construit du *ChEAT-F2* est soutenue.

Des analyses de la cohérence interne et de la stabilité temporelle sont par ailleurs produites. Dans le premier cas, les indices obtenus à chacun des temps de mesure soit 0,77 au T1 et 0,81 au T2 sont comparables au 0,76 obtenu par Maloney, McGuire et Daniels (1988) et au 0,78 obtenu par Senécal (2010) et ils sont satisfaisants selon le barème de Vallerand (1989). Il semble donc vraisemblable que les énoncés du *ChEAT-F2* contribuent à appréhender les TCA en tenant compte de l'éventail des comportements et des attitudes qui leurs sont associés. En ce qui concerne la fidélité test retest, l'indice obtenu de 0,72 est identique à celui de la version hollandaise du questionnaire (Theuwis, Moens et Braet, 2010) et il est comparable au 0,71 du *ChEAT-F* (Senécal, 2010). Il est néanmoins plus faible que le 0,81 obtenu par Maloney, McGuire et Daniels (1988) et il est nettement supérieur au 0,56 de la version en catalan (Sancho *et al.*, 2005). Quoi qu'il en soit, la corrélation de Pearson pour le test retest satisfait les normes de Vallerand (1989).

Quelques statistiques descriptives sont aussi rapportées. Elles sont en partie cohérentes avec les récentes données épidémiologiques publiées. Premièrement, le nombre d'enfants ayant obtenu un score supérieur ou égal à 20 au *ChEAT-F2* ( $T1=22\%$ ;  $T2=19\%$ ) est presque trois fois plus élevé que celui rapporté par Maloney, McGuire et Daniels (1988) ( $6,9\%$ ) il y a environ vingt-cinq ans. Cette divergence permet de soutenir l'idée selon laquelle le nombre de jeunes ayant un TCA augmente (Agence de la santé publique du Canada, 2002 ; Zhao et Encinosa, 2011). Il est aussi possible que deux facteurs méthodologiques soient à l'origine du taux élevé d'enfants ayant un score correspondant à l'indice de pathologie. En premier lieu, lors de la collecte des données, des paravents étaient distribués aux enfants afin qu'ils dissimulent leurs réponses. Constatant que leur questionnaire n'était pas visible à leurs voisins de classe, les enfants ont pu se sentir plus à l'aise de révéler des comportements et des attitudes problématiques. Cette procédure n'a pas été réalisée par Maloney, McGuire et Daniels (1988). En deuxième lieu, même si les énoncés du *ChEAT-F2* ont été adaptés pour les enfants de 6 à 9 ans, il n'est pas possible de confirmer avec certitude que leur compréhension de tous les énoncés est bonne. De plus, il est possible que la compréhension des énoncés diffère selon l'âge. Ainsi, les énoncés pourraient ne pas être compris de la même façon par les enfants plus jeunes, soit les 6 à 9 ans, comparativement aux enfants de 9 à 12 ans qui ont répondu au *ChEAT* dans l'étude de Maloney, McGuire et Daniels (1988). Cela dit, une compréhension plus difficile ou différente pourrait en partie contribuer au taux élevé d'enfants ayant obtenu 20 et plus au *ChEAT-F2*. Ensuite, une hypothèse d'origine sociétale peut aussi apporter un éclaircissement quant au nombre élevé d'enfants qui obtiennent un score de 20 et plus au *ChEAT-F2*. Plusieurs des énoncés de ce questionnaire concernent des attitudes et des comportements en lien avec l'alimentation qui sont généralement valorisés par la société occidentale actuelle. Notamment, l'énoncé 6 (Je sais combien de calories (gras) il y a dans les aliments que je mange), l'énoncé 7 (J'essaie de pas manger de la nourriture comme le pain, les patates et le riz), l'énoncé 16 (J'essaie de pas manger de la nourriture qui a du sucre



dedans), l'énoncé 17 (Je mange de la nourriture de régime (« diète »)) et l'énoncé 22 (Après avoir mangé des sucreries, je me sens dégueu et je me dis que j'aurais pas dû en manger). Le score au *ChEAT-F2*, pourrait alors être faussement gonflé en raison d'une propension à la désirabilité sociale, c'est-à-dire, à vouloir démontrer que l'on adopte les habitudes alimentaires qui sont mises en valeur par la société. Les parents des enfants qui présentaient un score de 20 et plus au *ChEAT-F2* étaient contactés par téléphone pour les aviser de nos préoccupations par rapport aux attitudes et comportements alimentaires de leur enfant et afin de leur transmettre des ressources à contacter au besoin (ex. : leur médecin de famille ou pédiatre, le psychologue scolaire, l'Ordre des psychologues du Québec et Anorexie Boulimie Québec). Bien qu'il ne s'agisse que d'une information anecdotique, certains ont mentionné au cours de l'échange téléphonique que leur enfant lit les étiquettes nutritionnelles sur les emballages des aliments et qu'ils approuvent et encouragent ce comportement, car à leur avis, cela fait partie de saines habitudes alimentaires. En dépit du fait qu'une minorité de parents aient exprimé ce propos, il demeure que l'événement illustre l'idée selon laquelle les enfants peuvent être encouragés à répondre à des normes sociales en matière d'habitudes liées à l'alimentation. Par ailleurs, le fait que les enfants répondent aux questionnaires alors que leur enseignant est présent dans la classe, questionne aussi sur le désir des enfants à « bien » répondre au *ChEAT-F2*, car ils auraient associé l'activité à une activité académique donc à un désir de bien performer. Lors des journées de collectes de données, les assistants de recherche lisaient à voix haute aux enfants des instructions standardisées. Parmi les consignes, il leur était communiqué que leur participation ne leur donnerait pas de meilleures notes scolaires, qu'elle était volontaire et qu'il n'y avait pas de mauvaises ou de bonnes réponses. Ces instructions ne garantissent pas que les enfants n'aient pas associé l'activité à une activité académique, mais son objectif était de limiter cette mauvaise association. Enfin, des programmes de prévention axés sur les saines habitudes de vie, dont les habitudes alimentaires, sont parfois offerts dans les écoles. Or, il se peut que les enfants aient endossé ces messages ce qui a pu aussi influencer leurs réponses

sans que leurs attitudes ou comportements soient changés. Ce discours appris pourrait se refléter dans leurs réponses au *ChEAT-F2*. Il n'a toutefois pas été possible de vérifier si les écoles participantes ont offert ce genre de programmes à leurs élèves. Il apparaît que plusieurs questions se formulent quant à un potentiel biais de désirabilité sociale. Afin de contrôler pour ce biais, un test de désirabilité sociale pourrait être ajouté comme covariable. La version en français du *Children's Social Desirability Scale (CSD)* pourrait être utilisée pour cette fin. La version française du questionnaire a été validée auprès d'individus de 8 à 16 ans par Lahaye *et al.* (2010).

Deuxièmement, les données de cette étude sont cohérentes avec celles des écrits scientifiques récents qui indiquent que plus les enfants sont jeunes, plus la proportion de garçons qui présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA est élevée (Peebles, Wilson et Lock, 2006 ; Pinhas *et al.*, 2011). En effet, Peebles, Wilson et Lock (2006) indiquent que 7,8 % des individus âgés de 13 à 19 ans qui ont un TCA sont des garçons, mais chez les 8 à 12 ans ce pourcentage s'élève à 16,5 %. Puis, Pinhas *et al.* (2011) indiquent que l'incidence de l'AN et des TCANS chez les 10 à 12 ans est sept fois plus élevée chez les filles que chez les garçons tandis que l'incidence chez les 5 à 9 ans n'est que trois fois plus élevée chez les filles que chez les garçons. Dans la présente étude, presque autant de garçons que de filles obtiennent un score de 20 et plus au *ChEAT-F2* (T1 G= 48 % F= 52 %; T2 G= 51 % F= 49 %). Bien que la proportion de garçons ayant un score correspondant à l'indice de pathologie est cohérente avec les données de Peebles, Wilson et Lock (2006) et de Pinhas *et al.* (2011), elle demeure néanmoins plus importante que celle rapportée par ces auteurs. La procédure utilisée pour identifier les cas susceptibles de développer un TCA peut aussi justifier le nombre de cas de garçons répertoriés. Dans l'étude de Peebles, Wilson et Lock (2006) et de Pinhas *et al.* (2011), des pédiatres rapportent les cas d'enfants à risque tandis que dans la présente étude, les enfants à risque sont identifiés par un questionnaire autoadministré. Puisque les TCA sont généralement considérés comme étant des désordres traditionnellement féminins, les pédiatres ont

pu être moins sensibles à leurs présences chez les garçons. En somme, puisque les données de cette étude montrent qu'un nombre considérable de garçons présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA et que celles de Peebles, Wilson et Lock (2006) et de Pinhas *et al.* (2011) montrent que plus la population étudiée est jeune, plus la proportion de garçons qui présentent un TCA est importante, cela suggère qu'au cours de leur développement, les garçons bénéficient de facteurs de protection qui leur sont spécifiques et qui contrairement aux filles, leur permettent de freiner l'émergence du trouble. À cet effet, dans leur étude longitudinale, Ferreiro, Seoane et Senra (2012) observent entre l'âge de 11 et 15 ans, une réduction du nombre de garçons qui présentent les caractéristiques des TCA tandis que dans le cas des filles, le phénomène est inverse. Ces auteurs attribuent ce changement au soutien social qui serait un facteur de protection spécifique aux garçons. Il est aussi possible d'émettre l'hypothèse que les filles, au cours de leur développement, soient exposées à des facteurs de risque qui leur sont spécifiques. D'après les données de cette thèse, le PNOS et la fréquence des moqueries liées au poids corrèlent négativement avec les caractéristiques des TCA. Bien que les données suggèrent qu'il n'existe pas de différence selon le genre chez les 6 à 9 ans, il serait intéressant de vérifier au cours d'une étude longitudinale si des différences s'observent entre les genres après 9 ans. On pourrait par exemple penser qu'en grandissant, les filles soient plus sujettes au PNOS et qu'elles soient plus sensibles aux moqueries liées à leur poids que les garçons. De plus, si l'on se rapporte aux données de Tissot et Crowther (2008), afin qu'il y ait développement de symptômes boulimiques, la personne doit internaliser les idéaux de la minceur. Ainsi, il se pourrait que les filles internalisent davantage l'idéal de la minceur que les garçons. Les études sur l'internalisation de la minceur chez les enfants portent uniquement sur des populations de filles donc cette hypothèse ne peut être confirmée. En conclusion, il est nécessaire de mener plus d'études qui s'intéressent aux facteurs de protection et de risque en fonction du sexe chez les enfants afin de mieux saisir les mécanismes sous-jacents au développement des TCA.

### 6.1.2 Article 2 : Validation d'une sous-échelle de l'*Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif*

L'objectif de cet article est d'adapter les énoncés qui composent théoriquement les sous-échelles de perfectionnisme positif orienté vers soi (PPOS) et de perfectionnisme négatif orienté vers soi (PNOS) du *EPPN* pour des enfants québécois de 6 à 9 ans et de décrire leurs qualités psychométriques.

Conformément aux articles de validation des versions anglophone et francophone du questionnaire qui concernent une population plus âgée que la présente, une analyse en composantes principales avec rotation varimax sans spécifier le nombre de facteurs est d'abord conduite à chacun des temps de mesure. Selon ces analyses, les énoncés se divisent en quatre facteurs, mais le quatrième facteur au premier temps de mesure ne retient que deux énoncés et au deuxième temps de mesure il n'en retient qu'un. Les graphiques des valeurs propres du test des éboulis indiquent aussi que les énoncés devraient se diviser en deux facteurs. Une analyse en composantes principales en spécifiant la présence de deux facteurs est donc ensuite réalisée à chacun des temps de mesure. Tel que Terry-Short *et al.* (1995b) le prévoient, mis à part l'énoncé neuf, les énoncés se divisent en deux facteurs selon leur fonction positive ou négative. Selon Terry-Short *et al.* (1995b) et Seidah, Bouffard et Vezeau (2002), l'énoncé neuf constitue un énoncé positif, mais dans la présente version de la sous-échelle, son coefficient de saturation est légèrement plus élevé sur le facteur négatif (0,41) que sur le facteur positif (0,37). De plus, selon Seidah, Bouffard et Vezeau (2002), cet énoncé sature davantage sur le facteur de PSP que sur le facteur de POS. Cela dit, la nature de cet énoncé est difficilement interprétable.

Des analyses de la cohérence interne et de la stabilité temporelle sont ensuite produites. Les résultats de ces analyses peuvent seulement être comparés à ceux de la version francophone de la sous-échelle puisque les auteurs de la version anglophone

ne rapportent pas ces informations. Tant l'alpha de Cronbach pour la cohérence interne (PPOS= 0,76; PNOS= 0,81) que la corrélation de Pearson pour le test retest (PPOS= 0,67; PNOS= 0,66) sont comparables à ceux de Seidah, Bouffard et Vezeau (2002) (cohérence interne PPOS= 0,74 à 0,80; PNOS=0,78 à 0,85 et test retest PPOS= 0,70; PNOS= 0,70) et ils sont satisfaisants selon les normes de Vallerand (1989). Bien que l'énoncé 9 sature légèrement plus sur le facteur négatif, il est inséré ici dans le facteur positif. Ce choix permet alors de mieux comparer les présents résultats à ceux des versions précédentes. Ce choix est supporté par le fait que l'alpha de Cronbach pour le PPOS est plus élevé lorsqu'il comprend l'énoncé 9 que lorsqu'il est exclu du facteur.

Bref, les données supportent une interprétation bidimensionnelle (positive et négative) du POS telle que le sous-tend la théorie de Terry-Short *et al.* (1995b). Le *EPPN-2* s'avère par conséquent être un outil pouvant être utilisé pour élucider le débat sur le perfectionnisme adaptatif et mésadapté. Les indices suggèrent également que le *EPPN-2* constitue un questionnaire valide et fiable pour mesurer le POS chez les enfants.

L'évaluation du perfectionnisme chez l'enfant à des intérêts cliniques et pour la recherche, mais puisque les enfants sont sous une certaine autorité parentale, il est possible que leurs réponses à un questionnaire mesurant le perfectionnisme en soient influencées. Il fait partie du processus développemental des enfants de chercher à plaire à leurs parents et d'endosser la majorité des attitudes et des comportements encouragés. À l'adolescence, les attitudes et les comportements dictés sont remis en cause. Afin de vérifier si cette tendance des enfants à vouloir plaire à leurs parents influence leurs réponses, il aurait été intéressant de comparer les moyennes obtenues à celles de populations adultes ou adolescentes. Un score plus élevé chez les enfants aurait pu suggérer une tendance à vouloir plaire. Toutefois, ceci n'a pu être réalisé, car les moyennes ne sont pas comparables. Les études rapportent seulement les

moyennes des participants pour la sous-échelle de perfectionnisme positif et pour la sous-échelle de perfectionnisme négatif, sans égard à la source sociale du perfectionnisme. Dans cette thèse, seules les sous-échelles de PPO et de PNO ont été sélectionnées. Les moyennes obtenues ne sont donc pas comparables à celles des écrits scientifiques. Enfin, parmi les instructions communiquées aux enfants lors des collectes de données, il leur était mentionné que leurs réponses étaient confidentielles, donc qu'elles ne seraient pas partagées à des adultes. Cette procédure a pu encourager les enfants à répondre en fonction de leurs véritables attitudes et comportements plutôt qu'en fonction des attitudes et des comportements attendus de leurs parents. La sous-échelle *Need for admiration* du *Adaptive Maladaptive Scale for children* (Kenneth et Preusser, 2002) mesure le besoin d'approbation. L'ajout d'une telle sous-échelle à cette thèse aurait pu aussi informer sur la tendance de certains enfants à vouloir plaire aux parents.

### 6.1.3 Article 3 : Validation francophone et québécoise de la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale* chez les enfants

L'objectif de cet article est de traduire, d'adapter et valider la sous-échelle *WT* du *POTS* pour les enfants francophones et québécois de 6 à 9 ans.

Les moyennes pour chacun des sous-items du *POTS-WT* (*POTS-WT-F* et *POTS-WT-E*) sont dans un premier temps calculées à chacun des temps de mesure. En ce qui a trait à celles du *POTS-WT-F* ( $T_1 = 7,87$ ;  $T_2 = 8,05$ ), elles sont légèrement inférieures au 10,5 rapportée par Thompson *et al.* (1995a) et au 9,29 rapporté par Jensen et Steele (2010). Cet écart peut entre autres s'expliquer par la période considérée par les différentes versions du *POTS*. La version originale du questionnaire s'adresse aux adultes et ils doivent rapporter les moqueries vécues alors qu'ils avaient entre 5 et 16 ans ce qui correspond à une période de 11 ans. La version de Jensen et Steele (2010) s'adresse à des Américains de 10 à 11 ans et les participants doivent rapporter les

moqueries qu'ils ont vécues depuis la maternelle, ce qui correspond à une période de cinq à six ans. Enfin, la présente version du *POTS-WT* mesure l'expérience présente des moqueries ce qui correspond à une période plus restreinte que celles considérées par les autres auteurs, ce qui peut alors justifier une moyenne moins élevée pour la fréquence de moqueries. Pour ce qui est des moyennes du *POTS-WT-E* ( $T1 = 2,87$ ;  $T2 = 2,85$ ), celles-ci sont similaires à celle de 2,0 rapportée par Thompson *et al.* (1995a).

Des analyses de la cohérence interne et de la stabilité temporelle sont par la suite réalisées. Tel que les auteurs de la version originale, l'alpha de Cronbach du *POTS-WT-E* ne peut pas être calculé en raison d'un nombre insuffisant de participants qui répondent aux six sous-items. Même si l'alpha de Cronbach du *POTS-WT-E* ne peut pas être calculé, il est possible de se demander si le fait que les enfants soient en bas âge ait pu nuire à leur compréhension de ces sous-énoncés qui notamment portent sur un ressenti, une émotion. Les indices de 0,86 au  $T1$  et de 0,88 au  $T2$  pour le *POTS-WT-F* sont comparables au 0,88 de Thompson *et al.* (1995a) et ils sont satisfaisants selon les normes de Vallerand (1989). Des analyses item total sont aussi produites afin de statuer sur le nombre d'items qui est le plus approprié pour cette version du *POTS-WT-F*. Celles-ci confirment qu'une version à six items tel que proposé par Thompson *et al.* (1995a) est adéquate. En ce qui concerne la fidélité test retest, les indices obtenus, soit de 0,55 pour le *POTS-WT-F* et de 0,31 pour le *POTS-WT-E* sont inférieurs à ceux de la version anglophone originale étant respectivement 0,90 et 0,85. Ils sont également inférieurs au critère de Vallerand (1989) qui suggère une corrélation de Pearson d'au moins 0,60. Quelques hypothèses peuvent être formulées afin d'élucider la faible stabilité temporelle des deux sous-items. Pour ce qui est du *POTS-WT-F*, lors de la première passation du questionnaire, les enfants ont pu craindre que des actions soient entreprises s'ils dévoilent être victimes de moqueries et ils ont pu sous-rapporter la fréquence de celles-ci. Puisqu'aucune action n'a été entreprise entre les deux temps de mesure, les enfants ont pu lors de la seconde



passation, se sentir plus à l'aise de dévoiler leur expérience de victimisation. La moyenne au *POTS-WT-F* est par ailleurs plus élevée au deuxième temps de mesure. Pour ce qui est du *POTS-WT-E*, il faut savoir que la version de Thompson *et al.* (1995a) est une mesure rétrospective des moqueries. Ainsi, dans un tel contexte, les adultes répondent en fonction de leurs souvenirs. Les souvenirs réfèreraient à un élément qui serait relativement plus fixe que l'expérience présente des moqueries rapportée par les enfants dans la présente version du *POTS-WT-E*. L'intervalle test retest est de deux semaines, ce qui suggère que d'une semaine à l'autre, l'intensité de la détresse occasionnée par les moqueries est variable. Enfin, le *POTS-WT* fut le dernier questionnaire administré et la durée de passation de la batterie des questionnaires était approximativement de 40 minutes. Au moment de répondre au *POTS-WT*, les enfants ont pu être lassés par l'activité ou être moins attentifs ce qui a pu induire des variabilités dans leurs réponses et nuire à la corrélation test retest. Une solution pour pallier à ceci pour les recherches futures pourrait être de faire une rotation dans l'ordre d'administration des questionnaires.

Enfin, étant donné que la présente version du questionnaire est une mesure ponctuelle des moqueries liées au poids alors que la version originale en est une de réminiscence, ces deux types de réponses limitent la comparaison des résultats.

#### 6.1.4 Analyses corrélationnelles présentées dans les trois premiers articles empiriques de la thèse

Afin d'évaluer la validité convergente et divergente des questionnaires, des analyses corrélationnelles entre les facteurs sont réalisées. Les corrélations entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA ou les moqueries liées au poids font partie intégrante de l'objectif quatre qui constitue le dernier article empirique de la thèse. Ces corrélations sont alors présentées dans la section qui traite spécifiquement de cet objectif. Seules les corrélations entre les

autres facteurs discutés dans les quatre premiers articles dont le perfectionnisme et le SEPA, les moqueries liées au poids et le SEPA et les moqueries liées au poids et l'IMC sont alors abordées dans la section qui suit.

#### 6.1.4.1 *Perfectionnisme et sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation*

Les corrélations entre le perfectionnisme et le SEPA diffèrent selon les deux dimensions du perfectionnisme sélectionnées dans la thèse. Pour ce qui est du PPOS, il corrèle positivement avec le SEPA ce qui suggère que plus l'enfant s'impose des standards élevés dans le but d'obtenir des conséquences positives, plus il a confiance en ses capacités à adopter de saines habitudes alimentaires et à maintenir une image corporelle réaliste. Pour ce qui est du PNOS, il corrèle négativement avec le SEPA ce qui suggère que plus l'enfant s'impose des standards élevés dans le but d'éviter des conséquences négatives, moins il a confiance en ses capacités à adopter de saines habitudes alimentaires et à maintenir une image corporelle réaliste. Les écrits scientifiques exposant le lien entre le perfectionnisme et le SEPA sont très limités si bien qu'aucun auteur ne s'intéresse au lien entre ces facteurs. Deux auteurs rapportent cependant un lien entre le perfectionnisme et le SEP général. De plus, un seul de ces deux auteurs s'intéresse à la forme sociale du perfectionnisme, mais il ne s'attarde pas à sa fonction positive ou négative. Les corrélations obtenues dans la thèse sont donc difficilement comparables à celles des écrits scientifiques. Bardone-Cone *et al.* (2006) s'intéressent par exemple au SEP et au perfectionnisme qu'ils mesurent à l'aide de la sous-échelle *Perfectionism* du *EDI*. Leur échantillon est également peu comparable à celui de la présente étude puisqu'il est composé de femmes de 17 à 25 ans. Ces auteurs n'obtiennent pas de corrélation significative entre le SEP et le perfectionnisme ce qui ne corrobore pas les corrélations significatives observées dans la présente étude. Ensuite, Hart *et al.* (1998) notent une corrélation négative entre le SEP et le POS chez des hommes et des femmes de 17 à 22 ans. Le sens de la relation

entre les facteurs est le même que celui observé entre PNOS et le SEPA dans le cadre de cette thèse, mais il est contraire à celui observé entre le PPOS et le SEPA. Bref, les résultats de cette thèse en plus d'être peu comparables à ceux des deux études citées en raison des populations différentes, ils sont aussi peu comparables, car des outils de mesure différents sont utilisés.

#### *6.1.4.2 Moqueries liées au poids et sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation*

Les analyses corrélationnelles entre la fréquence des moqueries liées au poids et le SEPA montrent un lien significatif et négatif entre ces facteurs. Ceci indique que plus l'enfant est fréquemment victime de moqueries par rapport à son poids, moins il a confiance quant à ses habiletés à maintenir de saines habitudes alimentaires et une image corporelle réaliste. Ce résultat rejoint les travaux de Berman (2006b) où le SEPA de femmes et d'hommes corrèle négativement avec la fréquence des moqueries liées à leur poids. Qui plus est, tel que Berman (2006b) la force de la corrélation est faible à modérée. Toutefois, l'échantillon de cet auteur est plus âgé que celui de cette thèse, et l'auteur se réfère à des questionnaires autres que le *POTS* et le *EDRSQ* pour apprécier les moqueries liées au poids et le SEPA ce qui limite la comparaison.

Pour ce qui est de l'effet des moqueries liées au poids, ce facteur ne corrèle pas avec le SEPA. Ainsi, le niveau de détresse ressenti par les enfants lorsqu'ils sont victimes de moqueries par rapport à leur poids n'influence pas leur confiance quant à leurs habiletés à adopter de saines habitudes alimentaires et à maintenir une image corporelle réaliste. Aucune étude tant chez les enfants, chez les adolescents que chez les adultes ne rapporte le lien entre l'effet des moqueries et le SEPA. Par conséquent, aucun parallèle entre l'absence de corrélation obtenue dans cette thèse et les écrits scientifiques ne peut être établi. Toutefois, il est possible que la petite taille d'échantillon à partir de laquelle la corrélation de Pearson est réalisée puisse

contribuer à un résultat non significatif (T1 n= 131; T2 n= 112). En effet, seuls les enfants qui rapportent être victime de moqueries répondent aux sous-items mesurant leur effet.

#### 6.1.4.3 Moqueries liées au poids et indice de masse corporelle

L'analyse corrélationnelle entre la fréquence des moqueries liées au poids et l'IMC suggère que ces facteurs ne sont pas reliés. Ce résultat est cohérent avec celui de Jensen et Steele (2010) qui proposent que l'IMC de garçons et de filles d'âge moyen de 10,8 ans ne prédit pas la fréquence des moqueries liées au poids. Il est par contre en contradiction avec ceux de la majorité des auteurs qui observent une corrélation positive entre ces facteurs chez des adolescents (Faith *et al.*, 2002 ; Suisman *et al.*, 2008 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001 ; Wojtowicz et Von Ranson, 2012). Tel que l'affirment Jensen et Steele (2010) cette absence de relation est surprenante considérant que le *POTS-WT* concerne spécifiquement le poids. Reconduire l'analyse statistique en n'incluant que les enfants qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses permettrait possiblement d'obtenir une corrélation significative. Toutefois, dans la présente étude, le nombre d'enfants dans ces catégories d'IMC est insuffisant pour réaliser l'analyse. Qui plus est, il est possible que la relation entre ces facteurs ne soit pas linéaire. D'après Lunner *et al.* (2000), l'insatisfaction corporelle a un effet médiateur sur la relation entre l'IMC et les moqueries. Tenir compte de ce facteur pourrait apporter plus d'éclaircissement sur la nature de la relation étudiée. Dans cette thèse, il aurait été par exemple pertinent d'ajouter une mesure de l'insatisfaction corporelle afin de vérifier si cette variable agit comme médiatrice sur le lien entre l'IMC et les moqueries et afin de déterminer s'il s'agit d'un cas de médiation partielle ou complète. Une médiation complète expliquerait l'absence de lien observé entre l'IMC et les moqueries.

Enfin, l'effet des moqueries liées au poids n'est pas non plus associé à l'IMC. Aucune étude tant chez les enfants, chez les adolescents ou chez les adultes ne

rapportent le lien entre l'effet des moqueries et l'IMC ce qui rend impossible la comparaison du résultat obtenu avec les écrits scientifiques. Avant de conclure qu'il n'y a effectivement aucun lien entre l'effet des moqueries et l'IMC, il serait préférable de réévaluer ce lien à partir d'un échantillon plus grand. Comme mentionné précédemment, seuls les enfants qui rapportent être victimes de moqueries répondent aux sous-items mesurant leur effet. De surcroît, l'IMC est le facteur pour lequel il y a le plus de données manquantes. Par conséquent, cette analyse corrélationnelle est réalisée sur un échantillon relativement petit (T1 n= 96; T2 n= 82).

#### 6.1.5 Article 4: Facteurs reliés aux troubles alimentaires à l'enfance (ang. *Factors related to disordered eating in childhood*)

L'objectif de cet article correspond au deuxième objectif spécifique de la thèse qui consiste à vérifier si les facteurs associés, dont l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA et les moqueries liées au poids expliquent la présence des attitudes et des comportements associés aux TCA chez des enfants de 6 à 9 ans.

Puis, le sous-objectif consiste à vérifier si le modèle de prédiction diffère selon le sexe ou le degré scolaire des participants. En d'autres mots, vérifier si le sexe ou le degré scolaire ont un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et les comportements aux TCA et les variables indépendantes (IMC, perfectionnisme, SEPA, moqueries liées au poids).

##### 6.1.5.1 Relations entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les facteurs sélectionnés

Afin d'évaluer les relations entre les facteurs sélectionnés et la mesure des TCA, des corrélations de Pearson sont effectuées dans un premier temps. La corrélation négative entre le *ChEAT-F2* et le *EDRSQ-F-E* suggère que plus les enfants présentent

des attitudes et des comportements associés aux TCA, moins ils ont confiance en leurs capacités à adopter de saines habitudes alimentaires et à maintenir une image corporelle réaliste. Ce résultat s'apparente à ceux des écrits scientifiques chez des échantillons d'adolescents ou d'adultes (Ackard *et al.*, 2011 ; Bennett, Spoth et Borgen, 1991 ; Berman, 2006a ; Couture *et al.*, 2010 ; Pinto *et al.*, 2006 ; Pinto *et al.*, 2008).

La corrélation positive entre le *ChEAT-F2* et la sous-échelle de PNOS suggère que plus les enfants présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA, plus ils s'imposent des standards excessivement élevés dans le but d'éviter des conséquences négatives. L'absence de relation entre le *ChEAT-F2* et le PPOS suggère cependant que les attitudes et les comportements associés aux TCA n'ont pas d'influence sur la tendance des enfants à s'imposer des standards excessivement élevés afin d'obtenir des conséquences positives. Aucun auteur qui s'intéresse au lien entre les TCA et le perfectionnisme ne considère à la fois la source sociale du perfectionnisme et sa nature positive ou négative. Ainsi, Castro *et al.* (2004) indiquent que le POS d'adolescentes de 15 ans ayant un diagnostic d'AN corrèle positivement avec la mesure des TCA, mais ils ne distinguent pas le perfectionnisme positif du perfectionnisme négatif. Roohafza *et al.* (2010), distinguent pour leur part le perfectionnisme positif du perfectionnisme négatif sans s'attarder à sa dimension sociale. Leur étude ne porte pas sur les TCA, mais elle montre néanmoins, tel que dans la présente étude, que le perfectionnisme négatif est associé à des traits psychopathologiques. Plus précisément, ces auteurs soulèvent l'hypothèse que ce type de perfectionnisme est associé à l'anxiété et à la dépression (Roohafza *et al.*, 2010). La corrélation positive entre *ChEAT-F2* et le PNOS, plutôt qu'avec le PPOS est également cohérente avec le modèle théorique transdiagnostique cognitivo comportemental des TCA de Fairburn (2008). L'approche transdiagnostique propose que les mêmes signes cliniques (ex. : restriction alimentaire) s'observent à travers le continuum des TCA, que des mécanismes psychologiques communs expliquent ces

signes (ex. : évaluation de sa valeur personnelle en fonction de son apparence et du contrôle exercé sur le poids) et qu'un protocole unifié est approprié pour le traitement de tous les TCA. Ce modèle postule notamment que les TCA sont en partie maintenus par un mécanisme de renforcement négatif. En particulier, les compulsions alimentaires ont pour fonction de réduire temporairement les émotions désagréables et de distraire les individus de leurs difficultés et les comportements compensatoires ont pour fonction d'éliminer le stimulus aversif de la peur du gras. Étant donné que le modèle explicatif des TCA et que le PNOS impliquent tous les deux les mécanismes du renforcement négatif, il est raisonnable d'obtenir une corrélation positive entre la mesure des TCA et celle du PNOS. La modalité d'évaluation du perfectionnisme utilisée dans la présente thèse peut aussi rendre compte de l'absence de corrélation entre le PPOS et les attitudes et les comportements associés aux TCA. Compte tenu de la nature adaptative de ce type de perfectionnisme, une corrélation négative entre les facteurs serait attendue. Flett et Hewitt (2006) émettent cependant l'hypothèse qu'un haut niveau de perfectionnisme positif sur une mesure autorapportée pourrait refléter des traits narcissiques plutôt qu'un réel ajustement positif. Cette comparaison entre les traits de perfectionnistes et narcissiques se base sur les postulats de la théorie des schémas de Young, Klosko et Weishaar (2005). Selon la théorie des schémas, le perfectionnisme serait utilisé comme mode de compensation narcissique à un sentiment d'infériorité. Ce sentiment d'infériorité proviendrait d'un schéma précoce inadapté d'imperfection. Un schéma précoce inadapté est constitué de souvenirs, d'émotions, de pensées et de sensations corporelles. Le schéma concerne la personne et ses relations avec les autres. Il se développe principalement au cours de l'enfance ou de l'adolescence, mais il s'enrichit tout au long de la vie. Ainsi, la personne qui a un schéma précoce inadapté d'imperfection a le sentiment qu'elle est mauvaise, inférieure, sans valeur, imparfaite et non aimable. Ce schéma augmente donc généralement le sentiment de honte. La honte serait une émotion particulièrement douloureuse pour ceux qui entretiennent ce schéma. Afin d'éviter que la honte soit activée, la personne entretiendrait des idéaux exigeants, de cette façon elle limiterait



le risque de ne pas se sentir à la hauteur. Qui plus est, la recherche de la perfection est un trait désirable dans beaucoup de sociétés contemporaines (Flett et Hewitt, 2006). Il est possible de croire que les enfants qui ont des traits narcissiques en émergence modifient leurs réponses aux énoncés du PPOS afin de se présenter sous un angle favorable. Ceci pourrait brouiller les données et mener à une corrélation non significative. Enfin, des études menées auprès de populations adultes rapportent des corrélations positives le POS et les traits narcissiques (Shamsaldini, Bahri et Yaghoubi, 2014 ; Trumpeter, Watson et O'Leary, 2006). De plus, d'après Freudenstein *et al.* (2012), seul le POS et non le PSP est associé positivement à des traits narcissiques. En conséquence, la combinaison dans la présente étude d'une mesure de perfectionnisme positif et de POS peut sans doute engendrer des réponses biaisées en fonction de la désirabilité sociale. On pourrait penser qu'un besoin de désirabilité sociale exagéré serait une forme de narcissisme en émergence. Les enfants ayant des traits narcissiques émergents répondraient favorablement aux items du PPOS pour éviter de ressentir de la honte ou un sentiment d'infériorité.

Les résultats montrent aussi que le *ChEAT-F2* corrèle positivement avec le *POTS-WT-F*. Ceci suggère que plus l'enfant présente des attitudes et des comportements associés aux TCA, plus il est fréquemment victime de moqueries par rapport à son poids. D'autres auteurs rapportent également une relation positive entre ces facteurs chez les enfants ou chez les adolescents (Lopez-Guimera *et al.*, 2012 ; Suisman *et al.*, 2008 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Cependant, le *ChEAT-F2* ne corrèle pas avec le *POTS-WT-E*. L'effet des moqueries est moins étudié que leur fréquence. Seul Thompson *et al.* (1995a) étudient le lien entre ce facteur et les TCA. D'après ces derniers, les attitudes et les comportements associés aux TCA de femmes d'âge adulte sont positivement liés à l'effet des moqueries. Un élément méthodologique peut rendre compte de la divergence entre les données de Thompson *et al.* (1995a) et ceux de cette étude. Thompson *et al.* (1995a) s'intéressent à la relation entre les symptômes des TCA actuels et l'historique des moqueries liées au poids (c.-à-d.

celles vécues entre 5 et 16 ans). Toutefois, dans cette étude, les moqueries liées au poids ne correspondent pas à une mesure rétrospective puisque le *POTS-WT* a été préalablement adapté pour mesurer l'expérience actuelle des moqueries. La différence entre les résultats obtenus en comparaison avec ceux de Thompson *et al.* (1995a) pourrait en partie être attribuable à la nature des questions. Les deux versions des questionnaires ne mesurent pas exactement le même concept (mesure ponctuelle des moqueries versus mesure de réminiscence). Il est alors aussi possible de formuler l'hypothèse que ce sont les souvenirs répétés de la détresse vécue pendant l'enfance, détresse associée aux moqueries liées au poids, qui favorisent à long terme le développement des TCA.

Les données montrent aussi que le *ChEAT-F2* ne corrèle pas avec l'IMC, ce qui signifie que les attitudes et les comportements associés aux TCA n'ont pas d'influence sur l'IMC. Ce résultat corrobore celui de Jacobi, Agras et Hammer (2001) qui montre que l'IMC d'enfants de huit ans n'est pas lié aux symptômes des TCA. L'absence de corrélation obtenue dans cette thèse est cependant contraire à la corrélation positive rapportée par plusieurs auteurs qui étudient ce lien auprès d'adolescents (Boone *et al.*, 2010 ; Burggraf, 2000 ; Field *et al.*, 2001 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Rosen et Committee on Adolescence (2010) proposent que les TCA chez les enfants se manifestent par un ralentissement dans l'évolution de la courbe de croissance plutôt que par une perte de poids. Zamora et Bell (2000) affirment qu'un ralentissement dans la courbe de croissance chez les enfants ne peut être établi avec certitude que par des mesures anthropométriques longitudinales. Cela dit, si les TCA se présentent par un ralentissement dans la courbe de croissance, une mesure unique de l'IMC peut donc mener à des conclusions erronées, car elle ne met pas en relief un potentiel ralentissement. Un ralentissement s'observe par des mesures répétées.

#### 6.1.5.2 Prédiction des attitudes et des comportements associés aux TCA

Afin d'estimer la capacité du SEPA, du PNOS et de la fréquence des moqueries liées au poids à prédire les attitudes et les comportements associés aux TCA, une régression multiple est réalisée avec ces facteurs. Ce modèle à trois facteurs explique 21,50 % de la variance (20,90 % ajusté), mais le facteur correspondant à la fréquence des moqueries ne contribue pas de façon unique et significative au modèle. Par conséquent, une seconde régression multiple est menée en retirant cette fois-ci ce facteur. Le total de variance expliquée par ce modèle à deux facteurs est de 21,60 % (21,20 % ajusté). Une faible proportion de la variance expliquée des attitudes et des comportements associés aux TCA est due à la variance commune du SEPA et du PNOS, soit 3,45 %. La majorité de la variance est expliquée par la contribution unique du SEPA (10,76 %) et du PNOS (7,39 %). Ceci suppose que le SEPA et le PNOS sont des facteurs distincts et importants pour expliquer les attitudes et des comportements associés aux TCA chez les enfants. Ces facteurs apparaissent alors incontournables pour les chercheurs et pour les cliniciens qui œuvrent dans le domaine de la détection et de la prévention des TCA. Des pistes cliniques à cet effet seront ultérieurement discutées dans la section réservée aux considérations cliniques de cette thèse.

#### 6.1.5.3 Différences de corrélation en fonction du sexe ou du degré scolaire

Afin de déterminer si le sexe ou le degré scolaire ont un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les facteurs à l'étude, des tests de différence de corrélations sont effectués.

La force des corrélations entre le *ChEAT-F2* et chacun des facteurs ne diffère pas selon le sexe. Ceci implique que les facteurs sont des prédicteurs équivalents des attitudes et des comportements associés aux TCA chez les garçons et chez les filles. Pourtant, d'après quelques auteurs, la capacité de l'IMC (Gardner *et al.*, 2000 ;

Jacobi, Schmitz et Agras, 2008b) et de la fréquence des moqueries liées au poids (Gardner *et al.*, 2000) à prédire les TCA diffère en fonction du sexe. Pour ce qui est des autres facteurs pour lesquels un test de différence de corrélation selon le sexe est réalisé (SEPA et PNOS), il semble qu'aucune étude empirique ne s'est attardée à cette particularité.

Des différences de corrélations selon le degré scolaire sont toutefois obtenues. Ainsi, la corrélation positive entre le *ChEAT-F2* et le PPOS en troisième année est plus forte que celle observée auprès des enfants de deuxième et de première année. Ainsi, le PPOS devient un meilleur prédicteur des TCA au fur et à mesure que les enfants vieillissent. Ensuite, la corrélation entre le *ChEAT-F2* et le PNOS en troisième année est plus forte que la corrélation observée auprès des enfants de première année, mais elle ne diffère pas de celle des enfants de deuxième année. De plus, la corrélation entre ces deux facteurs ne diffère pas entre les enfants de deuxième et de première année. Ainsi, le PNOS devient un meilleur prédicteur des TCA lorsque les enfants sont plus âgés, et ce, même si pour chacun des degrés scolaires la corrélation entre le *ChEAT-F2* et le PNOS est significative. Aucune autre différence de corrélation entre le *ChEAT-F2* et les facteurs à l'étude selon le degré scolaire n'est significative ce qui implique que leur capacité de prédiction est similaire, peu importe le degré scolaire. Pourtant d'après quelques auteurs, la capacité de l'IMC (Allen *et al.*, 2009 ; Gardner *et al.*, 2000 ; Lunner *et al.*, 2000 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001 ; Westerberg, Edlund et Ghaderi, 2008) et la capacité de la fréquence des moqueries liées au poids (Gardner *et al.*, 2000 ; Lunner *et al.*, 2000 ; Thompson *et al.*, 1995b ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001) à prédire les attitudes et les comportements associés aux TCA diffère selon l'âge. Malheureusement, aucune étude ne s'est attardée aux différences selon le degré scolaire pour les autres facteurs pour lesquels un test de différence de corrélation est réalisé (SEPA, PPOS et PNOS). Il est possible que la présence de différences de corrélations significatives observées seulement en troisième année s'explique en partie par le fait que les plus âgés comprennent mieux

les concepts à l'étude. Même si les questionnaires sont adaptés pour les enfants à partir de 6 ans, la compréhension des plus âgés peut demeurer meilleure. L'avènement de la puberté chez les plus âgés peut aussi en partie expliquer pourquoi des différences de corrélations sont observées seulement chez ceux-ci. De nombreux auteurs affirment le rôle de la puberté dans le développement des TCA (Klump, 2013).

Il convient de rappeler que les études empiriques effectuées auprès d'enfants aussi jeunes que ceux de la présente étude sont peu nombreuses, que les échantillons sont variés de même que les devis de recherche et les instruments utilisés. Ces réalités rendent difficile la comparaison des résultats.

## 6.2 Considérations cliniques

### 6.2.1 Dépistage des TCA à l'enfance

Les données de cette thèse indiquent qu'un nombre non négligeable d'enfants présentent des attitudes et des comportements associés aux TCA. Dans le contexte où les TCA se chronicisent (Kotler *et al.*, 2001 ; Neumark-Sztainer *et al.*, 2009) et s'aggravent (le Grange et Loeb, 2007 ; Sancho *et al.*, 2007) avec le temps, qu'ils sont associés à de graves séquelles sur la santé physique et psychologique (Peebles, Wilson et Lock, 2006 ; Pinhas *et al.*, 2011) et qu'ils génèrent des coûts d'hospitalisations substantiels (Zhao et Encinosa, 2011), il apparaît des plus opportun d'initier le dépistage de ces troubles dès l'enfance. Des chercheurs américains (Rosen et Committee on Adolescence, 2010) et australiens (Yeo et Hughes, 2011) affirment que les pédiatres et les médecins généralistes ont un rôle central dans la détection des TCA. Ainsi, les pédiatres devraient continuer à mesurer le poids et la taille des enfants lors de l'examen de routine annuel et reporter ces données sur les courbes de croissance appropriées (Rosen et Committee on Adolescence, 2010 ; Yeo et Hughes, 2011). Les courbes de croissance servent à comparer le rendement de croissance de

l'enfant par rapport à un groupe de référence du même âge et du même sexe et par rapport à lui-même. Les écarts à la normale sont plus faciles à identifier visuellement par les professionnels parce qu'un TCA chez les enfants se manifeste généralement par un ralentissement dans l'évolution de la courbe du poids ou de la taille en percentile plutôt que par une perte de poids (Rosen et Committee on Adolescence, 2010). Des questions à l'égard des habitudes alimentaires et de la satisfaction corporelle devraient également être posées à tous les préadolescents (Adolescence, 2003 ; Rosen et Committee on Adolescence, 2010). Une étude menée en Ontario auprès de généralistes et de psychologues, cliniciens responsables des soins primaires, a par contre montré que seulement 16 % d'entre eux rapportent toujours évaluer les habitudes alimentaires et la satisfaction corporelle des enfants (Robinson, Boachie et Lafrance, 2012). Le *ChEAT-F2*, si administré systématiquement lors des examens annuels, aurait alors le potentiel d'améliorer les pratiques de dépistage des cliniciens de la première ligne.

Au Québec, l'accès à des praticiens de la première ligne est cependant problématique. En effet, malgré tous les efforts consentis pour améliorer l'accès à la première ligne, le système de santé québécois actuel est dans l'incapacité d'assurer cet accès (Direction de santé publique et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005 ; Gladu, 2007 ; McCusker *et al.*, 2010). Alors afin d'optimiser la détection des TCA, il serait concevable d'impliquer l'entourage des enfants c'est-à-dire, la direction des écoles, les enseignants et les parents. Puisque ces adultes entretiennent des contacts quotidiens avec les enfants, ils pourraient jouer un rôle prépondérant dans l'identification initiale de ceux d'entre eux qui sont à risque. Toutefois, lors de la mise en place de l'expérimentation, les commentaires des directions des écoles, des enseignants et des parents dont les enfants ont obtenu un score de 20 et plus au *ChEAT-F2*, suggèrent qu'ils n'ont aucune véritable connaissance de la problématique des TCA chez les enfants, et plus particulièrement lorsqu'il s'agit des garçons. La première étape afin

d'améliorer le dépistage est donc de sensibiliser ces adultes au phénomène des TCA à l'enfance et des TCA chez les garçons. Une fois le phénomène reconnu par ces adultes, la deuxième étape consiste à les informer quant aux signes précurseurs des TCA. Ainsi, il serait pertinent de leur rappeler l'importance d'être attentif aux diètes et aux préoccupations par rapport à celles-ci puisque ce sont ces attitudes et ces comportements qui différencient le plus les enfants à risque d'avoir un TCA (Turgeon, Forget et Bégin, 2012). Il serait aussi profitable de sensibiliser l'entourage des enfants au PNOS et au SEPA puisque selon les résultats de cette thèse, il s'agit de facteurs distincts et importants dans la prédiction des TCA. Rappelons aussi que les tests de différences de corrélations montrent que la capacité du PNOS à prédire les TCA diffère selon le degré scolaire. Plus précisément, la force de la corrélation entre le PNOS et la mesure des TCA est particulièrement élevée en troisième année. L'entourage des enfants devrait alors être vigilant aux traits de PNOS chez ce groupe plus âgé. Concrètement, la sensibilisation des adultes au phénomène des TCA chez les enfants et plus particulièrement chez les garçons et aux signes précurseurs de ces troubles (ex. : diètes, PNOS et SEPA), pourrait s'effectuer par l'entremise de conférences annuelles offertes par les psychologues scolaires. En plus d'offrir des conférences, les psychologues scolaires pourraient aussi distribuer aux adultes de trousse d'information sur les TCA comme celles développées par le *National Eating Disorders Association*. Ces trousse sont spécifiquement élaborées pour les parents (National Eating Disorders Association, nd-c), pour les enseignants (National Eating Disorders Association, nd-b) et pour les entraîneurs sportifs (National Eating Disorders Association, nd-a). Ces trousse comprennent par exemple des informations de base sur les TCA (ex. : mythes sur les TCA, signes précurseurs d'un TCA, influence du TCA sur les habiletés cognitives de l'enfant et sur son fonctionnement dans l'école), des stratégies pour soutenir l'enfant ayant un TCA, de l'information sur les traitements disponibles et des listes de ressources. Puisque le *National Eating Disorders Association* est une organisation nationale des États-Unis, une adaptation préalable pour les Québécois francophones est de mise. Ces trousse



pourraient également être distribuées à *Anorexie et Boulimie Québec (ANEB)*. L'*ANEB* est un organisme à but non lucratif du Québec qui fournit à la communauté de l'information sur les TCA et un soutien aux proches des personnes affectés par ce trouble. À ce jour, leurs services sont néanmoins principalement développés pour les adultes et les adolescents. En ayant en possession ces trousse, les intervenants de l'*ANEB* pourraient élargir leurs services pour répondre aux interrogations des parents concernant leur enfant.

Dans ce contexte de méconnaissance de la question des TCA chez l'enfant, l'utilisation du *ChEAT-F2* présente un intérêt certain. Le *ChEAT-F2* pourrait être systématiquement administré aux enfants une fois par année durant leur horaire de classe régulier. Les questionnaires autorapportés pour les TCA ont d'ailleurs l'avantage d'être peu coûteux en terme de temps et d'argent et ils sont propices aux administrations à grande échelle (Working group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders et Clinical Practice Guideline for Eating Disorders, 2009). Le point de coupure du questionnaire pour identifier les enfants à risque d'avoir un TCA est cependant sujet à débat. Ainsi, Maloney, McGuire et Daniels (1988), les auteurs de la version originale anglaise du *ChEAT*, recommandent de déterminer le point de coupure à 20. Toutefois, afin d'améliorer la spécificité du questionnaire (sa capacité à détecter les vrais positifs), Erickson et Gerstle (2007) suggèrent de fixer le point de coupure à 25. Pour leur part, Sancho *et al.* (2005) évaluent la justesse du point de coupure de la version en catalan du *ChEAT* qui est établi à 17. Ces auteurs proposent l'idée que la sensibilité de cette version du questionnaire est faible et que sa spécificité est élevée. En d'autres termes, ce point de coupure permet d'identifier correctement les enfants qui ne sont pas à risque d'avoir un TCA, mais il ne permet pas de détecter adéquatement ceux qui sont à risque. Ainsi, ils recommandent d'utiliser un point de coupure moins élevé (14 ou 15) afin d'améliorer sa sensibilité. Mener plus d'études évaluant la validité discriminante du *ChEAT* apparaît donc être une étape préalable à l'établissement d'un dépistage systématique. Selon les données

de cette thèse, 22 % des enfants au premier temps de mesure et 19 % des enfants au second temps de mesure obtiennent 20 et plus au *ChEAT-F2*. Étant donné que ces statistiques sont relativement élevées, il semblerait que de suggérer un point de coupure supérieur à 20 convienne à la population étudiée.

### 6.2.2 Prévention des TCA à l'enfance

Étant donné que le PNOS et le SEPA contribuent significativement à la prédiction des attitudes et des comportements associés aux TCA chez les enfants, il semble pertinent d'envisager des mesures préventives qui visent à réduire le niveau de PNOS et à augmenter le SEPA chez ces derniers. Nobel, Manassis et Wilansky-Traynor (2012) ont évalué l'efficacité d'un programme d'intervention d'orientation cognitivo-comportementale en milieu scolaire ayant pour but de réduire le niveau de perfectionnisme chez des enfants de 8 à 11 ans. Même si leurs résultats sont encourageants puisque le programme conduit à une réduction du niveau de POS, ils ne sont pas tout à fait satisfaisants puisqu'une réduction du niveau de POS s'observe également dans le groupe de contrôle (Nobel, Manassis et Wilansky-Traynor, 2012). Leur programme constitue une première piste d'intervention pour réduire le perfectionnisme chez les enfants qui nécessite des raffinements. Étant donné que le programme n'est que brièvement exposé par les auteurs et qu'ils ne distinguent pas la fonction positive ou négative du POS, il est difficile de formuler des propositions d'améliorations qui puissent spécifiquement concerner le PNOS. Quoi qu'il en soit, selon Flett *et al.* (2011) la première étape pour réduire les traits de perfectionnisme chez les enfants est de les sensibiliser aux conséquences potentielles de ces traits. Des livres comme celui de Burns (2008) intitulé *Nobody's perfect: A story for children about perfection* qui portent le message que personne n'est parfait et que commettre des erreurs est partie intégrante de la vie peuvent être utilisés pour démontrer et pour renforcer la distinction entre « faire de son mieux » et « tenter d'atteindre des standards trop élevés » (Flett *et al.*, 2011). Par ailleurs, les adultes peuvent servir de

modèle d'autoacceptation en admettant leurs erreurs sans toujours les justifier (National Association of School Psychologists, 2009).

Quelques stratégies pour améliorer le SEP chez les enfants sont formulées dans les écrits scientifiques, mais aucune n'est spécifiquement énoncée pour le SEPA. Elles peuvent néanmoins inspirer l'élaboration de recommandations propres au SEPA. Ainsi, pour accroître le SEP des enfants, il est proposé de leur enseigner à remettre en doute leurs pensées négatives qui nuisent à leurs croyances en leur capacité à maîtriser une tâche (National Association of School Psychologists, 2010). Pour ce, les adultes doivent d'abord aider les enfants à identifier une pensée négative et ensuite les encourager à réfléchir sur les preuves que cette pensée est inexacte pour finalement la remplacer par une pensée plus juste (National Association of School Psychologists, 2010). En ce qui a trait au SEPA, si un enfant exprime par exemple ne pas être capable de se sentir bien dans son corps parce que son ventre est gros, l'adulte peut l'inciter à réfléchir sur le fait que son ventre n'est qu'une partie de son corps parmi tant d'autres. Il s'agit ici de l'amener à réajuster la base sur laquelle il évalue son estime corporelle afin qu'elle ne soit pas uniquement construite sur une partie de son corps, mais qu'elle intègre tous les aspects de sa personne. Les adultes peuvent aussi augmenter le SEP des enfants en les aidant à identifier leurs réussites et leurs contributions positives appropriées (National Association of School Psychologists, 2010). Ils peuvent construire avec l'enfant un « journal de réussites » où sont énumérées ses réussites et les stratégies auxquelles il s'est référé pour obtenir le résultat escompté (National Association of School Psychologists, 2010). En ce qui a trait au SEPA, lorsqu'un enfant respecte ses signaux de satiété et qu'il arrête de manger lorsqu'il n'a plus faim, il peut l'écrire dans son journal et noter qu'il a mangé plus lentement qu'à l'habitude pour prendre le temps d'évaluer sa faim. Les enfants qui ne savent pas écrire peuvent dessiner une image qui les représente en train de réaliser leur réussite. De plus, afin d'améliorer le SEP des enfants, il est suggéré d'insister sur les efforts accomplis et sur les stratégies employées puisque cela leur

permet d'orienter leur attention sur les variables qu'ils peuvent moduler c'est-à-dire, leur persévérance et leurs choix de stratégies (National Association of School Psychologists, 2010).

#### 6.2.2.1 *Intervenir auprès des parents pour prévenir les TCA à l'enfance*

Afin de renforcer la prévention des TCA, il semble non seulement essentiel d'intervenir auprès des enfants, mais également auprès des parents. Robinson *et al.* (2013) suggèrent que le SEP des parents est un important prédicteur des attitudes et des comportements associés aux TCA des adolescents. Dans cette étude, le SEP des parents réfère à leur confiance en leur capacité à adopter un rôle actif dans la prise en charge du TCA de leur adolescent. Ces auteurs affirment qu'une hausse du SEP des parents au cours d'un traitement pour les TCA d'approche *family-based therapy*, prédit une réduction des attitudes et des comportements associés aux TCA des adolescents. Ainsi, il semble évident que le soutien des parents est un facteur important pour l'enfant.

Lors des discussions téléphoniques avec les parents dont l'enfant présentait un score supérieur ou égal à 20 au *ChEAT-F2*, il est apparu que certaines pratiques parentales pourraient s'avérer problématiques. Des parents ont par exemple mentionné qu'ils enseignent à leur enfant à lire les étiquettes nutritionnelles sur les emballages des aliments et à s'attarder aux calories puisque selon eux, il s'agit d'une saine habitude à adopter. D'autres parents ont mentionné que leur enfant avait pris du poids et qu'ils leur auraient communiqué le besoin d'être plus vigilant par rapport à son alimentation. Entre autres, préoccupée par le gain de poids de sa fille, une maman lui aurait refusé une deuxième assiette de spaghetti et lui aurait dit de plutôt manger des fruits. Ces exemples de pratiques parentales, si appliqués de manière absolue, pourraient s'avérer problématiques. Elles sont en effet contraires aux pratiques prescrites par l'approche de l'alimentation intuitive. L'alimentation intuitive est dite

adaptative, car elle a pour principe de se mettre à l'écoute de ses signaux de faim et de satiété et de s'alimenter en fonction de ceux-ci (Cook-Cottone, Tribole et Tylka, 2013 ; Tribole et Resch, 2012). La probabilité de présenter des attitudes et des comportements associés aux TCA est d'ailleurs significativement moins élevée chez les hommes et chez les femmes qui adhèrent à une alimentation intuitive qu'elle ne l'est chez ceux qui n'adhèrent pas à cette pratique alimentaire (Denny *et al.*, 2013).

La présente thèse ne permet cependant pas d'établir de relation entre les pratiques parentales et les attitudes et les comportements associés aux TCA des enfants. Rappelons aussi que l'étiologie des TCA est multifactorielle. Intervenir auprès des parents constitue une piste d'intervention parmi tant d'autres et elle ne doit en aucune façon les culpabiliser.

### 6.3 Considérations méthodologiques

#### 6.3.1 Forces

Cette thèse doctorale présente des forces qui méritent d'être mentionnées. Premièrement, l'adaptation et la validation de trois questionnaires pour les enfants québécois de 6 à 9 ans constituent un apport considérable tant pour la clinique que pour la recherche. D'un point de vue clinique, disposer d'instruments adaptés pour une population cible permet d'améliorer le dépistage des facteurs psychologiques mesurés par ces instruments au sein de la population cible. Du point de vue de la recherche, l'accès à ces instruments permet d'approfondir les connaissances scientifiques dans les domaines concernés. Le *ChEAT-F* et les sous-échelles mesurant le PPOS et le PNOS du *EPPN* sont originalement validés pour une population québécoise plus âgée que celle des enfants qui étaient sujets dans cette thèse. Pourtant, les attitudes et comportements associés aux TCA (Madden *et al.*, 2009 ; Nicholls, Lynn et Viner, 2011 ; Pinhas *et al.*, 2011) et les traits de perfectionnisme (Flett, Hewitt et Oliver, 2002) s'observent dès l'enfance. Puis, la version originale

anglaise de la sous-échelle *WT* du *POTS* est développée pour les femmes anglophones et elle mesure rétrospectivement des moqueries vécues pendant l'enfance et l'adolescence. Cette sous-échelle a alors été traduite en français et elle a été adaptée pour les enfants des deux sexes et afin de mesurer l'expérience présente des moqueries liées au poids. Étant donné que l'intimidation par les pairs constitue un enjeu de la société québécoise (Gouvernement du Québec, 2013) et canadienne (Santé publique Canada, 2011), l'absence d'un questionnaire qui évalue l'expérience présente des moqueries liées au poids chez les enfants représentait une lacune à palier.

Deuxièmement, l'adaptation et la validation des questionnaires reposent sur un processus méthodologique rigoureux qui s'inspire des recommandations de Vallerand (1989). Les étapes de Vallerand (1989) donnent de bonnes pistes pour favoriser l'obtention de questionnaires fidèles et valides en langue française.

Troisièmement, l'ajout de symboles pour représenter les choix de réponse est à notre connaissance une stratégie d'adaptation des questionnaires pour des enfants qui est originale. Cette modification semble faciliter la compréhension des questionnaires par les enfants. Par conséquent, elle peut inspirer l'adaptation future de questionnaires divers.

Quatrièmement, l'échantillon composé d'enfants en bas âge représente une force de cette thèse qui permet de faire progresser les connaissances scientifiques quant aux facteurs associés aux TCA chez ce groupe. En effet, le lien entre les TCA et l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA ou les moqueries liées au poids sont minimalement étudiés chez les enfants. Seul Allen *et al.* (2009) documentent le lien entre les TCA et l'IMC chez une population plus jeune que celle de cette thèse et seul Gardner *et al.* (2000) documentent le lien entre les TCA et les moqueries liées au poids chez une population plus jeune que celle de cette thèse. Cette thèse doctorale présente

cependant des améliorations méthodologiques par rapport aux travaux de ces deux auteurs. En ce sens, Allen *et al.* (2009) n'examinent pas le rôle de l'IMC dans la prédiction des TCA en fonction du sexe et Gardner *et al.* (2000) explorent uniquement le rôle de la fréquence des moqueries liées au poids dans la prédiction des TCA, mais ils ne s'attardent pas à leur effet. Pour ce qui est du lien entre les TCA et le perfectionnisme ou le SEPA, les études répertoriées sur cette thématique portent uniquement sur des échantillons composés d'adolescents ou d'adultes.

Cinquièmement, le fait que l'échantillon soit composé tant de garçons que de filles représente également une force de cette thèse. En règle générale, les études qui s'intéressent à la relation entre les TCA et l'IMC, le perfectionnisme, le SEPA ou les moqueries liées au poids portent sur des individus de sexe féminin. Pourtant, parmi les enfants qui ont un TCA, la proportion de garçons est environ trois fois plus élevée que la proportion observée parmi les adolescents ou les adultes qui ont un TCA (Hamilton, 2007). Il apparaît alors incontournable d'inclure des individus des deux sexes dans le cadre de l'étude des TCA à l'enfance.

Sixièmement, les analyses statistiques par sous-groupes en fonction du degré scolaire et en fonction du sexe constituent un avantage par rapport aux études antérieures. En effet, les chercheurs incluent généralement dans leur échantillon des participants d'un seul groupe d'âge ou incluent des participants de différents groupes d'âge, mais ils les regroupent dans leurs analyses statistiques. Comme le soulignent Wertheim, Koerner et Paxton (2001), ces procédures ne permettent pas de vérifier si l'importance des facteurs de risque varie selon le stade de développement. Elles sont de plus adoptées en dépit des données qui soutiennent que l'influence des facteurs de risque varie selon l'âge (Allen *et al.*, 2009 ; Gardner *et al.*, 2000 ; Gralen *et al.*, 1990 ; Wertheim, Koerner et Paxton, 2001). Les données de cette thèse supportent d'ailleurs l'utilisation d'analyses statistiques en fonction du degré scolaire. En ce qui concerne le sexe, lorsque les études sur le lien entre les TCA et les facteurs sélectionnés



comprennent des échantillons mixtes, les analyses statistiques ne sont généralement pas réalisées selon le sexe. Cette façon de faire est adoptée en dépit des données qui indiquent que les facteurs associés aux TCA varient selon le sexe (Gardner *et al.*, 2000 ; Keel, Fulkerson et Leon, 1997).

### 6.3.2 Limites et propositions pour les travaux de recherche futurs

Les études de cette thèse présentent certaines lacunes à considérer. Sans répéter les limites de chacun des articles empiriques, certains aspects généraux peuvent être mis en évidence. La première limite réside dans la généralisation des résultats. Les caractéristiques socio démographiques des enfants de l'étude ne sont pas rapportées. Ainsi, il n'est pas possible d'affirmer que les 430 enfants de l'échantillon sont représentatifs des enfants de la population générale pour ce même groupe d'âge. Il serait alors souhaitable d'ajouter des questions pour documenter leur profil socio démographique et de collecter ces données également auprès des enfants qui n'ont pas participé à l'étude. En comparant les données socio démographiques des enfants qui ont participé à l'étude à celles des enfants n'ayant pas participé à l'étude, il aurait été possible d'évaluer si les participants représentent un sous-échantillon particulier de la population à l'étude. Enfin, la généralisation des résultats à une population clinique est restreinte puisque le questionnaire évaluant les attitudes et les comportements associés aux TCA ne permet pas d'établir de diagnostic. Il serait intéressant d'inclure une entrevue clinique pour les TCA telle celle comprise dans *le Development and Well-Being Assessment* (Goodman *et al.*, 2000). Cependant, puisque cette thèse doctorale visait à identifier des facteurs associés aux TCA et potentiellement prometteurs pour la prévention de ces troubles, un outil de dépistage tel que le *ChEAT-F2* est approprié pour ce besoin.

Deuxièmement, la justesse des données cumulées peut être remise en question. Mis à part le poids et la taille, les données sont autorapportées et elles peuvent alors être

sujettes à un biais de rappel ou de désirabilité sociale. La réticence des participants à dévoiler des informations est en outre problématique lorsque des sujets délicats sont abordés tels que les TCA (Berman, 2006a). Toutefois, les qualités psychométriques adéquates des questionnaires et la distribution d'un paravent en carton aux enfants afin qu'ils l'installent devant leurs questionnaires pour maximiser la confidentialité de leurs réponses, portent à croire que les données amassées sont relativement justes. Pour ce qui est du poids et de la taille, ces mesures sont rapportées par les parents ce qui peut aussi nuire à la justesse des informations fournies. Il aurait été préférable qu'un membre de l'équipe de recherche pèse et mesure les enfants. Toutefois, cette méthode est plus laborieuse et elle est plus intrusive. Dubois et Girad (2007) ont évalué l'exactitude du poids et de la taille de 1 549 enfants de quatre ans rapportés par les mères. Selon ces auteurs, il n'y a pas de différence entre la taille des enfants rapportée par la mère et la taille mesurée par l'équipe de recherche ni de différence entre le poids des filles rapporté par la mère et celui mesuré par l'équipe de recherche. Toutefois, le poids des garçons rapporté par la mère est surestimé d'au moins deux kilogrammes dans 14,6 % des cas, comparativement à celui mesuré par l'équipe de recherche (Dubois et Girad, 2007). Il est à noter qu'il est demandé aux mères de l'échantillon de Dubois et Girad (2007) de ne pas mesurer et de ne pas peser leur enfant avant de rapporter leur taille et leur poids. Sans que ce ne soit exigé, dans la présente étude, les parents sont libres de mesurer ou de peser leur enfant. Dubois et Girad (2007) attribuent la différence entre le poids des garçons rapporté par la mère et celui mesuré par l'équipe de recherche à la désirabilité sociale, mais ils ne fournissent pas d'explication quant au lien qu'ils font entre la désirabilité sociale et le fait le poids soit surestimé.

Troisièmement, cette étude s'est appuyée sur un devis de recherche transversal. Les données issues ne permettent pas d'établir des liens de cause à effet entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les facteurs sélectionnés. Elles permettent néanmoins d'établir des relations entre le facteur d'intérêt et les facteurs prédictifs.

Une étude prospective avec un recueil de données longitudinales devrait être conduite pour confirmer une relation causale. Ce type d'étude permettrait aussi de mieux comprendre les mécanismes par lesquels les facteurs contribuent au développement du trouble. Avant d'évoquer que le perfectionnisme, les moqueries liées au poids ou le SEPA sont des facteurs causaux, il faut s'assurer qu'ils précèdent l'apparition des caractéristiques des TCA.

Quatrièmement, cette étude s'est restreinte à l'examen de quatre facteurs. Puisque l'étiologie des TCA est multifactorielle, il serait pertinent d'explorer une plus grande variété de facteurs associés aux TCA afin de parvenir à un modèle explicatif des plus complets. Le pourcentage de variance des attitudes et des comportements associés aux TCA expliquée par le SEPA et le PNOS est non négligeable, mais une importante proportion de l'équation demeure inexpliquée. Il pourrait par exemple s'avérer intéressant, de faire le lien entre les pratiques parentales et les attitudes et les comportements associés aux TCA. Les données de Davison, Markey et Birch (2000), soutiennent d'ailleurs cette idée. Selon ces auteurs, les préoccupations liées au poids des enfants sont associées positivement à celles des mères. Il est par contre à savoir qu'un problème de multicollinéarité est potentiellement associé à un trop grand nombre de prédicteurs lors des analyses statistiques multivariées. La multicollinéarité correspond à l'existence de corrélations élevées entre les variables indépendantes. La multicollinéarité peut notamment fausser l'estimation des coefficients de régression (Foucart, 2006).

Cinquièmement, cette étude permet de vérifier si le sexe ou le degré scolaire ont un effet modérateur sur la relation entre les attitudes et les comportements associés aux TCA et les variables indépendantes, mais elle ne permet pas de vérifier si cette relation varie en fonction des comportements restrictifs ou des comportements compulsifs caractéristiques des TCA. L'incohérence des résultats entre les études passées qui s'intéressent au lien entre les TCA et les variables indépendantes

sélectionnées dans cette étude pourrait être expliquée par le fait que peu d'auteurs font la distinction entre les TCA restrictifs et les TCA compulsifs. Il serait alors pertinent d'ajouter une mesure qui puisse distinguer les TCA restrictifs des TCA compulsifs. Il est par exemple possible d'émettre l'hypothèse que le SEPA des enfants qui présentent des comportements compulsifs serait associé négativement à la mesure des TCA et que le SEPA des enfants qui présentent des comportements restrictifs serait positivement associé à la mesure des TCA. Initialement, il était prévu dans le cadre de cette thèse de distinguer les TCA restrictifs des TCA compulsifs à l'aide des facteurs respectifs du *ChEAT-F*, soit le facteur « restriction » et le facteur « préoccupation alimentaire et boulimie ». Toutefois, la structure factorielle du *ChEAT-F2* ne reproduit pas celle du *ChEAT-F*, mais plutôt celle du *ChEAT*. Dans cette version anglaise, les comportements restrictifs et compulsifs convergent vers un même facteur « *restricting and purging* ». Ainsi, l'absence de deux facteurs distincts rend impossible la différenciation entre les TCA restrictifs et les TCA compulsifs.

Sixièmement, les résultats de cette étude quantitative pourraient être enrichis par une étude qualitative. Une entrevue réalisée auprès d'enfants présentant un score correspondant à l'indice de pathologie au *ChEAT-F2* ainsi qu'avec leur parent pourrait permettre de mieux saisir les spécificités des TCA à l'enfance et non seulement sous l'angle des données qu'offre le *ChEAT-F2*. Maloney, McGuire et Daniels (1988) ont développé le *ChEAT* en s'inspirant des énoncés du *EAT*. Ainsi, le *ChEAT* évalue chez les enfants, les attitudes et des comportements associés aux TCA qui sont observés chez les adultes (ex. : avoir recours aux vomissements provoqués, éviter les calories et le sucre, etc.). Il se pourrait que les TCA chez les enfants se manifestent par d'autres attitudes et comportements. Manger lentement (nécessiter jusqu'à trois à quatre heures pour un repas) (Jaffe et Singer, 1989) et présenter une difficulté à avaler la nourriture ainsi qu'une sensibilité à la texture des aliments (Mehlenbeck *et al.*, 2005) sont notamment des manifestations atypiques des TCA répertoriées chez les enfants.

Septièmement, il aurait été utile de demander aux parents qui ont refusé leur participation les raisons de leur décision. Un questionnaire qui évalue les motifs du refus aurait permis de mieux comprendre les réticences entourant les TCA. Ces informations pourraient inspirer le développement de programmes de prévention.

En conclusion, cette thèse a rendu disponibles trois questionnaires évaluant chacun chez les enfants, les attitudes et les comportements associés aux TCA, le perfectionnisme et les moqueries liées au poids. Elle s'est aussi intéressée aux attitudes et aux comportements associés aux TCA et à quatre facteurs potentiellement associés. Ces facteurs ont été sélectionnés sur la base d'une substantielle recension des écrits scientifiques. Les données issues de la thèse permettent donc d'améliorer la compréhension des TCA à l'enfance. Certes, de plus amples études sont requises pour démontrer que ces facteurs contribuent au développement des TCA, mais il ne demeure pas moins que leur étude se révèle être une avenue judicieuse tant pour la clinique que pour la recherche pour contrer les TCA.

## APPENDICE A

### ADAPTATION DU *EATING DISORDER RECOVERY SELF-EFFICACY* *QUESTIONNAIRE-FRENCH (EDRSQ-F)* EN UNE VERSION POUR ENFANTS (*EDRSQ-F-E*)

Article : Soumis à la Revue québécoise de psychologie

Mercier, M., Turgeon, M.E., Forget, J et Begin, J

**ADAPTATION DU *EATING DISORDER RECOVERY SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE-FRENCH (EDRSQ-F)* EN UNE VERSION POUR ENFANTS (*EDRSQ-F-E*)**

**ADAPTING THE *EATING DISORDER RECOVERY SELF-EFFICACY QUESTIONNAIRE-FRENCH (EDRSQ-F)* IN A VERSION FOR KIDS (*EDRSQ-F-E*)**

Marjolaine MERCIER

Marie-Eve TURGEON

Jacques FORGET

Jean BÉGIN

Département de psychologie  
Université du Québec à Montréal  
C.P. 8888 succursale Centre-Ville  
Montréal, Québec  
H3C 3P8, Canada

Correspondance :

[mercier.marjolaine.2@courrier.uqam.ca](mailto:mercier.marjolaine.2@courrier.uqam.ca)

[turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca)

[forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca)

[begin.j@uqam.ca](mailto:begin.j@uqam.ca)

Téléphone : (514) 987-4184

Télécopieur : (514) 987-7953



## **Adaptation du *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F)* en une version pour enfants (*EDRSQ-F-E*)**

### **Résumé**

*Le but de cette étude est d'adapter et de valider le Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F), une mesure du sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA), en une version pour enfants (EDRSQ-F-E). Quatre cent trente garçons et filles remplissent le EDRSQ-F-E et trois questionnaires portant sur les attitudes et les comportements alimentaires, le perfectionnisme et les moqueries liées au poids. L'analyse factorielle exploratoire révèle une structure unifactorielle pour le EDRSQ-F-E avec une stabilité temporelle adéquate et une bonne cohérence interne. Le EDRSQ-F-E est un instrument psychométrique valide pour mesurer le SEPA chez les enfants de 6 à 9 ans.*

---

**Mots-Clés :** eating disorder self-efficacy questionnaire, enfants, sentiment d'efficacité personnelle, trouble des conduites alimentaires, adaptation, qualités psychométriques

---

## **Adapting the *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F)* in a version for kids (*EDRSQ-F-E*)**

### **Abstract**

*The aim of this study was to adapt and validate the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F), a measure of eating self-efficacy (ESE), in a version for children (EDRSQ-F-E). 430 boys and girls completed the EDRSQ-F-E and three questionnaires on attitudes and eating behaviors, perfectionism and weight-related teasing. An exploratory factor analysis revealed a*

*single-factor structure for EDRSQ-F-E with adequate temporal stability and good internal consistency. The EDRSQ-F-E is a valid psychometric instrument to measure eating self-efficacy in children 6 to 9 years old.*

---

**Keywords :** eating disorder self-efficacy questionnaire, children, self-efficacy, eating disorder, adaptation, psychometric properties

---

## INTRODUCTION

Le sentiment d'efficacité personnel (SEP) est un concept issu de la théorie sociocognitive proposée par Bandura (1977) qui désigne les croyances d'une personne quant à ses capacités à mobiliser sa motivation, ses ressources cognitives et ses actions nécessaires pour agir sur les différentes sphères de sa vie. Le SEP influence ce que l'individu ressent, comment il pense, se motive et se comporte (Bandura, 1977; Couture, Lecours, Beaulieu-Pelletier, Philippe, & Stychar, 2010; Rondier, 2004). Par conséquent, un SEP élevé est associé à une plus grande motivation et à un meilleur investissement dans une démarche de changements de comportements, tandis qu'un faible SEP est associé à de piètres performances et à un affect négatif (Bandura, 1977). Le SEP s'avère donc utile pour prédire différents changements comportementaux liés à la santé tels que l'arrêt tabagique (Badr & Moody, 2005; Gwaltney, Metrik, Kahler, & Shiffman, 2009; Martinez et al., 2010), le contrôle du poids chez les personnes obèses (Bas & Donmez, 2009; Linde et al., 2004; Linde, Rothman, Baldwin, & Jeffrey, 2006; Presnell, Pells, Stout, & Musante, 2008), l'augmentation de l'activité physique (O'Hea, Boudreaux, Jeffries, Carmack Taylor, Scarinci, & Brantley, 2004; Trost, Pate, Ward, Sautners, & Riner, 1999) ainsi que l'arrêt ou la réduction de la consommation d'alcool ((Maisto, Connors, & Zywiak, 2000) et de cocaïne (Sklar & Turner, 1999). Le SEP est également considéré comme un facteur motivationnel important pour prédire les changements de comportements liés aux troubles des conduites alimentaires (TCA) (Bardone-Cone, Abramson, Vohs, Heatherton, & Joiner, 2006; Dolhanty, 2005; Pinto, Heinberg, Coughlin, Fava, & Guarda, 2008; Rieger, Touyz, & Beumont, 2002; Vitousek, Watson, & Wilson, 1998). D'ailleurs, puisque le SEP est spécifique à un comportement ou à un domaine précis, E. S Berman (2006) propose pour le domaine des TCA de s'attarder au SEP spécifique à l'alimentation : le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (SEPA) (*ang. eating self-efficacy*).

Le SEPA a été étudié chez différentes populations cliniques et non cliniques du spectre des troubles alimentaires. Couture et al. (2010) s'intéressent par exemple à des femmes issues d'une population non clinique. Les auteurs rapportent que le SEPA corrèle négativement avec différentes mesures des TCA. Pour leur part, Pinto, Guarda, Heinberg, et Diclemente (2006) ainsi que Pinto et al. (2008) s'intéressent à des femmes issues d'une population clinique et observent également des corrélations négatives entre le SEPA et les mesures des TCA. D'autres auteurs précisent aussi qu'une hausse du SEPA chez les adultes qui présentent des crises de boulimie, est associée à une réduction de la fréquence des orgies alimentaires (Cain, Bardone-Cone, Abramson, Vohs, & Joiner, 2008; Dolhanty, 2005; Goodrick, Pendleton, Kimball, Poston, Reeves, & Foreyt, 1999). Le SEPA d'adolescents tout-venant est aussi associé négativement aux symptômes boulimiques (Bennett, Spoth, & Borgen, 1991). Bennett et al. (1991) sont les seuls auteurs répertoriés qui ont étudié le lien entre le SEPA et les TCA chez une population non adulte. En plus d'être lié aux attitudes et aux comportements associés aux TCA, le SEPA est potentiellement lié au perfectionnisme et aux moqueries liées au poids. Pour ce qui est du perfectionnisme, jusqu'à présent, aucun auteur n'a spécifiquement étudié le lien entre le SEPA et le perfectionnisme, mais les données de Hart, Gilner, Handal, et Gfeller (1998) suggèrent que le SEP des hommes et des femmes est associé négativement aux traits perfectionnistes. En revanche, Bardone-Cone et al. (2006) rapportent plutôt une absence de corrélation entre ces facteurs. Quant au lien entre le SEPA et les moqueries liées au poids, E. S. Berman (2006), défend l'idée selon laquelle plus les adultes rapportent avoir été fréquemment victimes de moqueries par rapport à leur poids au cours de leur vie, plus leur SEPA est faible.

Bien que les TCA se présentent généralement entre 10 et 20 ans (Preti et al., 2009), des cas d'enfants âgés de cinq ans sont rapportés (Madden, 2009). Les données récentes avancent d'ailleurs l'idée que ces troubles se présentent plus communément chez les enfants (Agence de la santé publique du Canada, 2002; Zhao

& Encinosa, 2011). Depuis les deux ou trois dernières décennies, les TCA à l'enfance sont une thématique en émergence dans les écrits scientifiques, mais ils demeurent nettement moins approfondis que chez les adolescents et les adultes (Lask & Bryant-Vaugh, 2013). En plus d'être un trouble psychiatrique potentiellement chronique, l'anorexie nerveuse (AN) est une des maladies mentales les plus difficiles à traiter (Halmi, 2009). Le pronostic des TCA diagnostiqués et traités tôt après leur apparition est cependant plutôt favorable (Rosen, 2003). Qui plus est, selon Pinto et al. (2006) et Pinto et al. (2008), le SEPA est un facteur clé pour le traitement et la prédiction de l'évolution des TCA. Plus précisément, chez des femmes en sous-poids et ayant un trouble d'AN ou de boulimie, un SEPA élevé est associé à un gain de poids et il s'avère être un bon indicateur d'une plus courte durée d'hospitalisation (Pinto et al., 2008).

Malgré cela, le SEPA chez les enfants n'a toujours pas fait l'objet d'études scientifiques. En revanche, le SEP a été étudié auprès d'enfants et des adolescents. Ainsi, selon Dishman et al. (2004), une augmentation du SEP chez les adolescentes résulte en une augmentation de l'activité physique. Puis, chez les jeunes de 10 à 16 ans, le SEP corrèle positivement avec le temps consacré à une activité physique vigoureuse (Strauss, Rodzilsky, Burack, & Colin, 2001). Le SEP est d'ailleurs un important prédicteur d'activité physique chez les garçons et filles de 5<sup>e</sup> année du primaire (Trost, Pate, Saunders, Ward, Dowda, & Felton, 1997). Enfin, dans l'étude de Parcel et al. (1995), le SEP est le facteur le plus important dans la prédiction de meilleurs choix alimentaires chez les enfants de 3<sup>e</sup> et de 4<sup>e</sup> année du primaire. Ceux ayant confiance en leur capacité à choisir des aliments moins gras et moins salés rapportent une consommation de lipides et de sodium moins élevée au relevé alimentaire. Les résultats de ces études suggèrent donc que le SEP est, comme chez les adultes, un important prédicteur de changement de comportement chez les enfants et donc une piste à considérer pour le traitement des TCA chez cette population.

Actuellement aucun questionnaire mesurant le SEPA n'est disponible pour les enfants. Le *Weight Efficacy Life-Style questionnaire (WELS)* est un questionnaire autorapporté qui évalue la confiance des adultes en leurs habiletés à résister à l'envie de manger dans le cadre de diverses conditions physiques, psychologiques et sociales (Clark, Abrams, Niaura, Eaton, & Rossi, 1991). Le *WELS* se divise en cinq sous-échelles : *Negative Emotions*, *Availability*, *Social Pressure*, *Physical Discomfort* et *Positive Activities*. Une limite de ce questionnaire tient au fait qu'il mesure le SEPA spécifique aux compulsions alimentaires et qu'il néglige alors les manifestations restrictives des TCA. En contrepartie, le *Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ)* de Pinto et al. (2006) considère le SEPA lié aux compulsions alimentaires, mais également celui lié aux manifestations restrictives des TCA. Ce questionnaire est développé et validé auprès de femmes de 25,5 ans recevant un traitement pour un TCA. Le *EDRSQ* comporte deux sous-échelles ou facteurs, soit le *Normative Eating Self-Efficacy (NESE)* et le *Body Image Self-Efficacy (BISE)*. Le *NESE* représente les croyances d'un individu en ses capacités de s'alimenter dans différentes situations sans s'engager dans des comportements associés aux TCA (purge, restriction, orgie alimentaire, exercice compulsif) et sans éprouver de détresse émotionnelle excessive tandis que le *BISE* désigne la confiance d'un individu en ses aptitudes à maintenir une image corporelle réaliste, non dominée par la quête de la minceur (Couture et al., 2010; Pinto et al., 2006). Le *EDRSQ* a récemment été traduit en français et validé pour une population non clinique de femmes d'âge moyen de 21,8 ans (Couture et al., 2010).

Le but de la présente étude est donc d'adapter et de valider le *EDRSQ-F* de Couture et al. (2010) en une version pour enfants québécois de 6 à 9 ans (*EDRSQ-F-E*) afin de fournir aux cliniciens un premier instrument de mesure du SEPA pour la clientèle pédiatrique et afin de bonifier les écrits scientifiques chez cette population.



## MÉTHODE

### Participants

Les participants de cette étude sont 430 élèves (188 garçons, 240 filles, 2 manquants) recrutés sur une base volontaire dans quatre écoles primaires de la Montérégie. Ils fréquentent une classe ordinaire, parlent le français et sont âgés de 6 à 9 ans ( $M = 7,52$  ans;  $ET = 0,94$  au  $T_1$  et  $M = 7,53$  ans;  $ET = 0,93$  au  $T_2$ ). La répartition selon le sexe, l'âge et le niveau scolaire est similaire aux deux temps de mesure, tel que résumé dans le Tableau 1.

Insérer Tableau 1

### Instruments

Les questionnaires utilisés ont préalablement été adaptés pour la population cible et les articles de validation de ces questionnaires sont présentement en préparation. Par conséquent, la description des questionnaires qui suit est celle des versions originales. Les analyses de ces autres questionnaires démontrent qu'ils possèdent de bonnes qualités psychométriques. Il est aussi à noter que les corrélations de Pearsons rapportées dans le présent article afin d'estimer la validité divergente du *EDRSQ-F-E* figurent également dans ces autres articles de validation.

#### *Le Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire version française (EDRSQ-F)*

Le *EDRSQ-F* de Couture et al. (2010) est l'adaptation francophone du *EDRSQ* de Pinto et al. (2006). Le *EDRSQ-F* est une mesure du SEPA. Ce questionnaire est composé de 23 énoncés répartis en deux sous-échelles, la *NESE* (14 énoncés) et la *BISE* (9 énoncés). La *NESE* mesure la confiance de l'individu en ses capacités à s'alimenter normalement dans différents contextes sans s'engager dans des



comportements associés aux TCA (purge, restriction, orgie alimentaire, exercice compulsif) et sans éprouver de détresse émotionnelle excessive. En contrepartie, la *BISE* mesure la confiance d'un individu en ses aptitudes à maintenir une image corporelle réaliste, non dominée par la quête de la minceur (Terry-Short, Owens, Slade, & Dewey, 1995). Les réponses possibles pour chaque énoncé sont graduées en cinq points allant de «pas du tout confiant» à «extrêmement confiant». Les alphas de Cronbach sont de 0,96 et 0,91 pour les sous-échelles *NESE* et *BISE*, respectivement (Couture et al., 2010). Le coefficient de Pearson pour la stabilité temporelle par test-retest pour la sous-échelle *NESE* est 0,91 tandis que celui de la sous-échelle *BISE* est de 0,89 (Couture et al., 2010).

### ***La version francophone du Children Eating Attitude Test (ChEAT-F)***

Le *ChEAT-F* de Senécal (2010) est la version québécoise francophone du *ChEAT* (Maloney, McGuire, & Daniels, 1988). Le *ChEAT-F* est validé auprès d'enfants de 8 à 13 ans. Ce questionnaire comprend 26 énoncés ayant chacun six choix de réponses (toujours, très souvent, souvent, parfois, rarement, jamais). Le *ChEAT-F* est administré pour dépister les enfants à risque d'avoir un TCA (score de 20 et plus sur un score maximal de 78). Le coefficient de corrélation de Pearson pour la fidélité par test-retest est de 0,71 et l'alpha de Cronbach pour la cohérence interne se situe entre 0,78 et 0,79 (Senécal, 2010).

### ***La sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi et la sous-échelle du perfectionnisme négatif orienté vers soi***

L'Échelle de perfectionnisme positif et négatif (*EPPN*) de Seidah, Bouffard, et Vezeau (2002) correspond à la version canadienne-française du *Positive and Negative Perfectionism Scale* (Terry-Short et al., 1995). Le *EPPN* est validé auprès d'adolescents âgés de 13 à 16 ans et il distingue la source sociale du perfectionnisme [perfectionnisme orienté vers soi (POS) et perfectionnisme socialement prescrit

(PSP)] ainsi que sa fonction positive ou négative. Le POS correspond aux standards élevés imposés par la personne elle-même et le PSP correspond aux standards élevés que la personne croit que les autres entretiennent envers elle (Terry-Short et al., 1995). Puis, le perfectionnisme positif réfère à la recherche de conséquences positives et le perfectionnisme négatif réfère à l'évitement de conséquences négatives (Terry-Short et al., 1995). Les répondants doivent indiquer leur degré d'accord aux énoncés suivant une échelle à six points allant de « tout à fait en désaccord » à « tout à fait en accord » (Seidah et al., 2002). Dans la présente étude, deux des quatre sous-échelles sont utilisées : la sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi (*PPOS*) et la sous-échelle de perfectionnisme négatif orienté vers soi (*PNOS*). L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne de la sous-échelle de *PPOS* varie de 0,74 à 0,80 tandis que son coefficient de Pearson pour la fidélité test-retest est de 0,70 (Seidah et al., 2002). L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne de la sous-échelle de *PNOS* varie de 0,78 à 0,85 et son coefficient de Pearson pour la fidélité test-retest est de 0,70 (Seidah et al., 2002).

#### ***La sous-échelle Weight-Related Teasing (WT) du Perception of Teasing scale (POTS)***

La sous-échelle *Weight-Related Teasing (WT)* du *Perception of Teasing Scale (POTS)* est une mesure des moqueries liées au poids corporel (Thompson, Cattarin, Fowler, & Fisher, 1995). Le *POTS* est validé auprès d'un échantillon d'étudiantes de 17 à 42 ans. La sous-échelle *WT* inclue six questions graduées suivant une échelle de cinq points. Chaque question se divise en deux énoncés pour mesurer deux aspects distincts des moqueries liées au poids : leur fréquence (*WT-F*) et leur effet (*WT-E*) (Thompson et al., 1995). Les choix de réponses vont de *never* à *very often* pour la fréquence, et de *not upset* à *very upset* pour l'effet des moqueries. L'alpha de Cronbach pour la cohérence interne de la sous-échelle *WT* est de 0,88 (Thompson et al., 1995). Pour la fidélité test-retest, les coefficients de corrélation de Pearson sont

0,90 et 0,85 pour la sous-échelle *WT-F* et *WT-E*, respectivement (Thompson et al., 1995).

## Procédure

### *Adaptation du questionnaire EDRSQ-F-E*

Le *EDRSQ-F-E* est adapté selon la méthode de Vallerand (1989). Une version préliminaire du questionnaire est d'abord rédigée par chacun des membres d'un comité d'experts (trois étudiantes au doctorat en psychologie et un professeur au département de psychologie). Les quatre versions préliminaires sont ensuite comparées et évaluées par le comité d'experts dans le but d'obtenir qu'une seule version expérimentale du questionnaire. Le niveau de langage du questionnaire est examiné afin de s'assurer qu'il correspond à celui des enfants âgés de 6 à 9 ans. L'intensité des termes est aussi évaluée afin qu'elle respecte celle de la version originale. Le terme «confiant(e)» de l'échelle du *EDRSQ-F* est remplacé par le terme «capable», «pas du tout confiant(e)» est remplacé par «pas capable», «un peu confiant(e)» par «un peu capable», «modérément confiant(e)» par «capable», «très confiant(e)» par «très capable» et «extrêmement confiant(e)» par «super capable». Des bonshommes sourire sont également ajoutés à l'échelle pour faciliter la compréhension des enfants : 1 ☺, 2, 3 ☺, 4, 5 ☺. De plus, les instructions du *EDRSQ-F-E* sont simplifiées en une phrase simple : «Encerle le chiffre qui dit à quel point tu es capable de faire les choses suivantes». La version expérimentale du *EDRSQ-F-E* est ensuite soumise à un premier prétest. Lors de ce prétest, deux enfants de six ans répondent au questionnaire pour s'assurer qu'il convient à la population cible. Ensuite, un deuxième prétest du questionnaire est effectué dans une classe de première année du primaire. Les énoncés sont lus à voix haute et les enfants indiquent les mots ou les expressions qu'ils ne comprennent pas clairement. Pour s'assurer que le vocabulaire employé est approprié pour les enfants de 6 à 9 ans, il est aussi

demandé à un enseignant de première année de réviser le niveau de langage du questionnaire. Le comité d'experts reformule par la suite les éléments identifiés comme problématiques par les participants en tenant compte de leurs commentaires.

### ***Passation des questionnaires***

Une autorisation signée de la direction de chaque école, des parents et des enfants est obtenue pour la participation à l'étude. La journée de la collecte de donnée, les questionnaires sont distribués à chaque enfant qui possède un formulaire de consentement signé. Des paravents leur sont également remis pour assurer la confidentialité des réponses. Les enfants ne participant pas à l'étude reçoivent eux aussi un paravent et font du travail personnel. Les questions et les choix de réponses sont lus à voix haute par un assistant de recherche. Lorsque toutes les questions sont complétées, les enfants déposent leurs questionnaires dans une enveloppe qu'ils remettent à l'assistant de recherche. Une deuxième collecte de données en classe est effectuée à deux semaines d'intervalle, dans les mêmes conditions.

### **Analyses statistiques**

Les données sont analysées avec le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences version 18 (SPSS)* (SPSS, Chicago, IL). Tel que les auteurs de la version originale, la structure des données du *EDRSQ-F-E* est évaluée à l'aide d'une analyse factorielle exploratoire (AFE) de type factorisation en axes principaux avec une rotation oblique directe. La cohérence interne du *EDRSQ-F-E* est évaluée avec le coefficient alpha de Cronbach ( $\alpha$ ). La stabilité temporelle du *EDRSQ-F-E* est calculée en utilisant les coefficients de corrélations de Pearson ( $r_p$ ). La divergence du *EDRSQ-F-E* avec les autres questionnaires administrés est également évaluée avec la corrélation de Pearson ( $r_p$ ).

## RÉSULTATS

### Description de l'échantillon

Des 430 questionnaires remplis, 29 sont retirés puisque plus de 20 % des réponses sont manquantes. Des 401 questionnaires restants, 10 autres sont retirés au premier temps de mesure ( $T_1$ ) puisque l'enfant a répondu la même réponse (5 ou «super capable») à toutes les questions du *EDRSQ-F-E*

### Analyse factorielle du *EDRSQ-F-E*

Pour identifier les facteurs latents du *EDRSQ-F-E*, une AFE de type factorisation en axes principaux avec une rotation oblique directe est lancée au  $T_1$ . Avec l'indice de Kaiser-Meyer-Olkin (indice KMO), sept facteurs sont extraits. Cependant, le coude de Cattell, critère plus discriminatif, admet une seule composante. Une analyse forcée à deux facteurs est ensuite tentée dans le but de reproduire la structure factorielle de Pinto et al. (2006) (voir Tableau 2). Tous les énoncésaturent sur le facteur 1 à l'exception de l'item 9 qui sature davantage sur le facteur 2. Le poids de l'item 9 sur le facteur 2 est de 0,48 et de 0,47 sur le facteur 1, la différence de saturation est donc minime. Une AFE de type factorisation en axes principaux avec une rotation oblique directe en spécifiant la présence de deux facteurs est également effectuée au  $T_2$  (voir Tableau 3). Seize itemsaturent sur le facteur 1 et expliquent 6,09 % de la variance et 7 itemsaturent sur le facteur 2 et expliquent 4,67 % de la variance. Six énoncés ne correspondent pas à ceux de la version originale (1, 5 et 7 saturent sur le facteur 2 au lieu du facteur 1 et 15, 16 et 22 saturent sur le facteur 1 au lieu du facteur 2). Le graphique des valeurs propre indique cependant la présence d'un seul facteur. De plus, la matrice de corrélation des composantes montre une forte corrélation positive entre les deux facteurs,  $r(377) = .50$ ,  $p < .001$ . Ces données supportent donc une interprétation à un facteur du *EDRSQ-F-E*. Un seul facteur est



donc retenu, selon le critère le plus sévère (coude de Cattell) et ainsi selon le graphique des valeurs propres.

Insérer Tableau 2 et Tableau 3

### Cohérence interne et fidélité test-retest

L'alpha de Cronbach obtenu pour l'échelle globale (un seul facteur) du *EDRSQ-F-E* est de 0,85 au T<sub>1</sub> et de 0,88 au T<sub>2</sub>. Les alphas sont ensuite calculés pour chacune des sous-échelles à chacun des temps de mesure. Afin de comparer les résultats à ceux de la version originale du questionnaire, le calcul est réalisé en respectant la distribution des énoncés dans les deux facteurs tels qu'ils sont répartis dans la version originale. Au T<sub>1</sub>, les alphas de Cronbach pour les sous-échelles *NESE* et *BISE* sont de 0,79 et de 0,72 et au T<sub>2</sub> ils sont de 0,83 et de 0,76. L'échelle globale possède une cohérence interne plus forte que la structure bidimensionnelle obtenue à chacun des temps de mesure, faisant référence à l'idée que le construit sous-jacent au *EDRSQ-F-E* est unidimensionnel. La fidélité test-retest entre le T<sub>1</sub> et le T<sub>2</sub> pour une échelle à un seul facteur est la suivante :  $r_p(346) = 0,66, p < .01$ .

### Moyennes du *EDRSQ-F-E* et validité divergente

La moyenne du *EDRSQ-F-E* avec un score global est de 3,75 ( $\acute{ET} = 0,68$ ) au T<sub>1</sub> et de 3,82 ( $\acute{ET} = 0,73$ ) au T<sub>2</sub>. Étant donné que l'échelle de choix de réponses va de 1 à 5, un score élevé indique un niveau élevé de SEPA et vice-versa.

Les corrélations entre le *EDRSQ-F-E*, le *ChEAT-F*, le *POTS-WT* et les deux sous-échelles du *EPPN* sont présentées au Tableau 4. Afin d'alléger la présentation des résultats et puisque ceux du T<sub>1</sub> et du T<sub>2</sub> sont similaires, seuls ceux du T<sub>2</sub> sont rapportés. Le *EDRSQ-F-E* corrèle négativement avec le *ChEAT-F* ( $r_p(348) = -.35, p < .01$ ) ainsi qu'avec le *PNOS* ( $r_p(348) = -.17, p < .01$ ) et le *POTS-WT-F* ( $r_p(339) = -$

.21,  $p < .01$ ). Il corrèle positivement avec le *PPOS* ( $r_p(348) = -.27$ ,  $p < .01$ ). La corrélation négative entre le *EDRSQ-F-E* et le *POTS-WT-E* n'est toutefois pas significative.

Insérer Tableau 4

## DISCUSSION

Le but de la présente étude est d'adapter et de valider le *EDRSQ-F*, une mesure d'auto-évaluation du *SEPA*, en une version pour les enfants francophones âgés de 6 à 9 ans (*EDRSQ-F-E*).

Tout d'abord, la structure du *EDRSQ-F-E* s'est avérée différente de celle du *EDRSQ* de Pinto et al. (2006) et de la structure du *EDRSQ-F* de Couture et al. (2010). Les auteurs de ces questionnaires postulent obtenir une structure bi-factorielle tandis que la version française pour enfant possède une structure unifactorielle. Le coude de Cattell, le graphique des valeurs propres et la forte corrélation positive entre les deux facteurs au  $T_2$  [ $r(377) = .50$ ,  $p < .001$ ] supportent la décision de référer à une structure unidimensionnelle pour le *EDRSQ-F-E*. Pinto et al. (2006) et Couture et al. (2010) ont d'ailleurs obtenu, eux aussi, de fortes corrélations positives entre les deux facteurs, soient  $r(114) = .81$ ,  $p < .001$  pour le *EDRSQ* et  $r(203) = .78$ ,  $p < .001$  pour le *EDRSQ-F*.

Ensuite, les indices alpha de Cronbach (cohérence interne) obtenus pour une échelle globale sont plus élevées (0,85 au  $T_1$  et de 0,88 au  $T_2$ ) que ceux obtenus pour les deux sous-échelles (0,79 et 0,72 au  $T_1$  et 0,83 et 0,76 au  $T_2$ , pour le *NESE* et le *BISE*, respectivement), ce qui suggère également que le construit sous-jacent de ce questionnaire ne possède qu'un seul facteur. Ces indices sont inférieurs à ceux du *EDRSQ* (*NESE* = 0,97; *BISE* = 0,95) et du *EDRSQ-F* (*NESE* = 0,96; *BISE* = 0,91). Cela peut s'expliquer par le fait que la population de la présente étude est constituée



d'enfants âgés de 6 à 9 ans, alors que dans les deux autres versions elle est constituée d'adultes uniquement. Bien que les énoncés et le format du questionnaire aient été adaptés pour les enfants, il est possible que leur compréhension soit moins bonne que celle des adultes ce qui peut nuire à la cohérence interne. Néanmoins, les indices alpha de Cronbach dépassent le seuil minimum requis de 0,70 (Cortina, 1993; Vallerand, 1989), ce qui suggère que le *EDRSQ-F-E* est un instrument fiable pour mesurer le *SEPA* chez les enfants de 6 à 9 ans.

La corrélation de Pearson de 0,66 pour la fidélité test-retest dépasse le seuil de 0,60 recommandé par Vallerand (1989) ce qui indique que les résultats obtenus au *EDRSQ-F-E* sont fidèles et peu sensibles aux variations temporelles. Pinto et al. (2006) n'ont pas évalué la fidélité test-retest. Couture et al. (2010) rapportent cependant des indices plus élevés (*NESE* = 0,91; *BISE* = 0,89). Pour la présente étude, dix questionnaires ont été retirés des analyses statistiques au  $T_1$  puisque les enfants ont répondu la même réponse (5 = «super capable») à tous les énoncés du questionnaire. Ceci peut porter à croire qu'ils ne discriminent pas les questions, qu'ils manquent d'intérêt pour effectuer la tâche demandée ou qu'ils répondent en fonction d'un biais de désirabilité sociale. Être «super capable» d'effectuer une tâche quelconque étant généralement socialement valorisé, il peut être tentant pour un enfant de répondre ainsi pour plaire. Bien que les questionnaires problématiques aient été retirés, il est possible que les réponses aux questionnaires restants soient aussi influencées par les biais mentionnés, ce qui pourrait affecter négativement la fidélité test-retest.

Aux deux temps de mesure, les moyennes du *EDRSQ-F-E* [ $T_1 = 3,75$  ( $ÉT = 0,68$ ) et  $T_2 = 3,82$  ( $ÉT = 0,73$ )] sont plus élevées que celles du *EDRSQ*. Les moyennes de la version originale varient de 2,1 ( $ÉT = 1,0$ ) à 2,8 ( $ÉT = 1,1$ ) pour le *NESE* et de 1,8 ( $ÉT = 0,9$ ) à 2,3 ( $ÉT = 1,1$ ) pour le *BISE*. Comme la population à l'étude dans Pinto et al. (2006) est constituée d'adultes présentant un TCA, ceci peut expliquer un score

moyen plus faible pour le SEPA que celui du *EDRSQ-F-E* où la population est non clinique. Le *EDRSQ-F* est validé auprès d'une population non clinique et les moyennes obtenues pour les sous-échelles *NESE* ( $M = 4,3$ ;  $ÉT = 0,8$ ) et *BISE* ( $M = 3,4$ ;  $ÉT = 0,8$ ) sont d'ailleurs similaires à celles du *EDRSQ-F-E*.

La validité divergente du *EDRSQ-F-E* a été démontrée vu sa corrélation avec différentes mesures associées théoriquement au construit. Le *EDRSQ-F-E* corrèle négativement et modérément avec le *ChEAT-F*. Cette corrélation négative entre le *ChEAT-F* et le *EDRSQ-F-E* suggère que plus un enfant présente des attitudes et des comportements associés aux TCA, plus il a un faible SEPA. Ce résultat corrobore ceux de plusieurs auteurs qui observent chez des adolescents et chez des adultes une relation négative entre le SEPA et les attitudes et les comportements associés aux TCA (Bennett et al., 1991; E. S Berman, 2006; Couture et al., 2010; Pinto et al., 2006; Pinto et al., 2008). Le *EDRSQ-F-E* corrèle aussi négativement avec la sous-échelle de *PNOS* et positivement avec la sous-échelle de *PPOS*. Ces résultats indiquent que plus la personne s'impose des standards élevés dans le but d'éviter des conséquences négatives, plus elle a un faible SEPA et plus elle s'impose des standards élevés dans le but d'obtenir des conséquences positives, plus elle a un SEPA élevé. La corrélation négative entre le SEPA et le *PNOS* corrobore les données de Hart et al. (1998) qui montrent une corrélation négative entre le SEP et le POS. Bien que la source sociale du perfectionnisme mesuré par Hart et al. (1998) corresponde à celle de cette étude, l'auteur ne distingue pas la fonction positive ou négative du construit, ce qui limite la comparaison des résultats. Une corrélation significative et négative est aussi obtenue entre le SEPA et le *POTS-WT-F*, suggérant qu'un faible SEPA est associé à une fréquence élevée de moqueries liées au poids. Cette corrélation dont la force est faible à modérée, est similaire à celle rapportée par E. S Berman (2006). Cependant, l'échantillon de E. S Berman (2006) est composé de femmes et l'auteur utilise des instruments autres que le *EDRSQ* et le *POTS-WT*.

Enfin, les données montrent une corrélation négative, mais non significative entre le *EDRSQ-F-E* et le *POTS-WT-E*. Le niveau de détresse ressenti par un enfant lorsqu'il est victime de moqueries par rapport à son poids n'influence alors pas sa confiance quant à ses habiletés à adopter de saines habitudes alimentaires et à maintenir une image corporelle réaliste. Aucune étude empirique ne rapporte spécifiquement le lien entre le SEPA ou le SEP et l'effet des moqueries. Dans ce contexte, l'absence de corrélation obtenue ne peut être contrastée aux écrits scientifiques. Il est cependant possible d'émettre l'hypothèse que la faible taille d'échantillon ( $n = 102$ ) à partir de laquelle la corrélation a été conduite puisse contribuer à un résultat non significatif. Rappelons que les sous-items évaluant l'effet des moqueries liées au poids sont répondus que par les enfants qui rapportent être victime de moqueries par rapport à leur poids aux sous-items mesurant la fréquence de ceux-ci.

Bien qu'elle soit originale, la présente étude comporte certaines limites. Premièrement, étant donné qu'elle est la première à valider le *EDRSQ-F-E* chez les enfants âgés de 6 à 9 ans, il serait intéressant de la reproduire, notamment pour confirmer la structure unidimensionnelle du questionnaire. Deuxièmement, le *EDRSQ-F-E* est validé chez un échantillon d'enfants n'ayant pas reçu de diagnostic de TCA. Il serait pertinent de le valider auprès de participants du même âge présentant un TCA, bien que ce soit plus difficile à réaliser vu l'occurrence moins élevée de ces diagnostics cliniques chez les enfants que chez les adultes ou les adolescents. Troisièmement, la nouvelle formulation des choix de réponse (ex. : «super capable» au lieu de «extrêmement confiant») peut être questionnée. Elle peut entre autres favoriser des réponses au questionnaire qui sont biaisées en fonction, notamment, de la désirabilité sociale. Puis, le remplacement du mot «confiant» par le mot «capable» questionne aussi sur le concept mesuré. Il est possible que le mot «capable» mesure davantage une compétence et que le mot «confiant» mesure davantage une croyance en ses compétences. Ainsi, cette nuance peut nuire à la

comparaison des résultats obtenus à la présente version avec ceux de la version originale. Il n'est en effet pas possible de s'assurer que les enfants ont répondu en ayant en tête le sens du mot « confiant ».

Toutefois, la présente étude est unique et novatrice car il s'agit, selon la revue des écrits scientifiques effectuée, de la première à étudier le SEPA chez des enfants de 6 à 9 ans. De plus, l'échantillon recruté inclut des garçons et des filles, alors que les échantillons des études qui portent sur le SEPA chez les adolescents et les adultes sont composés principalement d'individus de sexe féminin. Même si les TCA sont traditionnellement associés au sexe féminin, leur occurrence chez les garçons est substantielle (Peebles, Wilson, & Lock, 2006; Pinhas, Morris, Crosby, & Katzman, 2011) d'où l'importance de les inclure dans les études. Par ailleurs, l'ajout de bonshommes souriant pour illustrer les choix de réponses est un bonus à l'adaptation du questionnaire, permettant une meilleure compréhension des choix de réponses par les enfants. Enfin, la présente étude constitue une contribution importante pour la pratique clinique et pour la recherche, puisque l'apparition des TCA se manifeste de plus en plus tôt (Agence de la santé publique du Canada, 2002; Madden, 2009; Zhao & Encinosa, 2011) et puisque le SEPA est un outil prometteur pour prédire l'évolution du trouble (Pinto et al., 2006; Pinto et al., 2008).

Pour conclure, la présente étude suggère que le *EDSRQ-F-E* est un instrument prometteur pour mesurer le SEPA chez les enfants québécois de 6 à 9 ans. Les qualités psychométriques du questionnaire étant bonnes, la présente étude contribue donc à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine, en plus de fournir aux intervenants en pédiatrie un instrument psychométrique testé scientifiquement.

### **Remerciements**




Cette publication est appuyée par le financement du Fonds de recherche du Québec - Société et culture.



## Annexe A. EDRSQ-F-E

## EDRSQ-F-E\*

**Instructions :** Encerle le chiffre qui dit à quel point tu es capable de faire les choses suivantes.

	Pas Capable 	Un peu Capable	Capable 	Très Capable	Super Capable 
Je suis capable de manger un repas à une vitesse normale	1	2	3	4	5
Je suis capable de me sentir fier de ce que j'ai l'air	1	2	3	4	5
Je suis capable de regarder mon ventre ou mes cuisses et de ne pas penser à mon poids	1	2	3	4	5
Je suis capable de me regarder dans un miroir et de ne pas penser aux parties de mon corps que je trouve trop grosses	1	2	3	4	5
Je suis capable d'essayer de nouveaux aliments et je me sens pas stressé ( mal )	1	2	3	4	5
Je suis capable de manger quelque chose de pas bon pour la santé et je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids	1	2	3	4	5
Je suis capable de manger quand j'ai faim et d'arrêter de manger quand mon ventre est plein	1	2	3	4	5
Je suis capable de manger du gâteau de fête sans chercher à faire quelque chose pour perdre du poids	1	2	3	4	5
Je suis capable de sentir que mon corps est beau	1	2	3	4	5
Je suis capable de manger de la crème glacée et je ne me sens pas stressé (mal)	1	2	3	4	5
Je suis capable de manger dans un buffet sans me sentir stressé (mal)	1	2	3	4	5

\*Tiré de Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., & Strychar, I. (2010)

	Pas Capable 	Un peu Capable	Capable 	Très Capable	Super Capable 
2. Je suis capable de manger de la nourriture que j'aime et pas parce que c'est faible en gras ou en calories	1	2	3	4	5
3. Je suis capable de manger quelque chose de gras et je n'ai pas peur de devenir gros	1	2	3	4	5
4. Je suis capable de porter un costume de bain devant les autres	1	2	3	4	5
5. Je suis capable de savoir que mon corps n'est pas parfait	1	2	3	4	5
6. Je suis capable de me sentir bien dans mon corps même si mon ventre est gros	1	2	3	4	5
7. Je suis capable de manger sans penser aux calories	1	2	3	4	5
8. Je suis capable de manger 3 repas par jour et tout de suite après, je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids	1	2	3	4	5
9. Je suis capable d'aller manger chez quelqu'un et je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids et je suis capable de m'arrêter de manger quand je veux	1	2	3	4	5
10. Je suis capable de regarder le corps de d'autres personnes qui sont minces ou belles et ça me dérange pas	1	2	3	4	5
11. Je suis capable de manger de la nourriture grasse sans chercher à faire quelque chose pour perdre du poids et je suis capable de m'arrêter de manger quand je veux	1	2	3	4	5
12. Je sais que mon poids n'est pas ce qui est de plus important	1	2	3	4	5
13. Je suis capable de manger avec des personnes qui finissent leur assiette	1	2	3	4	5



## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Récupéré le 18 octobre 2013 de [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/chap\\_6\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/pdf/chap_6_f.pdf).
- Badr, H. E., & Moody, P. M. (2005). Self-efficacy: A predictor for smoking cessation contemplators in Kuwaiti adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4), 273-277.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2006). Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 27-42.
- Bas, M., & Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52, 209-216.

- Bennett, N. A. M., Spoth, R. L., & Borgen, F. H. (1991). Bulimic symptoms in high school females: Prevalence and relationship with multiple measures of psychological health. *Journal of Community Psychology, 19* (1), 13-28.
- Berman, E. S. (2006). The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample. *Eating Behaviors, 7*, 79-90.
- Berman, E. S. (2006). *Weight-based teasing: Relationships with eating and exercise attitudes and behaviours, social physique anxiety and self-efficacy*. Thèse de doctorat, University of Toronto.
- Cain, A. S., Bardone-Cone, A. M., Abramson, L. Y., Vohs, K. D., & Joiner, T. E. (2008). Refining the relationships of perfectionism, self-efficacy, and stress to dieting and binge eating: Examining the appearance, interpersonal, and academic domains. *The International Journal of Eating Disorders, 41* (8), 713-721.
- Clark, M. M., Abrams, D. B., Niaura, R. S., Eaton, C. A., & Rossi, J. S. (1991). Self-efficacy in weight management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59* (5), 739-744.

- Cortina, J. M. (1993). What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-104.
- Couture, S., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., Philippe, F. L., & Stychar, I. (2010). French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview. *European Eating Disorders Review*, 18, 234-243.
- Dishman, R. K., Motl, R. W., Saunders, R., Felton, G., Ward, D. S., Dowda, M., et al. (2004). Self-efficacy partially mediates the effect of a school-based physical-activity intervention among adolescent girls. *Preventive Medicine*, 38 (5), 628-636.
- Dolhanty, J. (2005). *Symptom control and self-efficacy with electronic self-monitoring of bulimia nervosa: A randomized controlled trial*. Thèse de doctorat, York University.
- Goodrick, G. K., Pendleton, V. R., Kimball, K. T., Poston, W. S. C., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (1999). Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorder. *The International Journal of Eating Disorders*, 26, 295-300.

- Gwaltney, C. J., Metrik, J., Kahler, C. W., & Shiffman, S. (2009). Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23 (1), 56-66.
- Hart, B. A., Gilner, F. H., Handal, P., & Gfeller, J. D. (1998). The relationship between perfectionism and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 24 (1), 109-113.
- Lask, B., & Bryant-Vaugh, R. (2013). *Eating disorders in childhood and adolescence*. New-York: Routhledge.
- Linde, J. A., Jeffery, R. W., Levy, R. L., Sherwood, N. E., Utter, J., Pronk, N. P., et al. (2004). Binge eating disorder, weight control self-efficacy, and depression in overweight men and women. *International Journal of Obesity*, 28 (3), 418-425.
- Linde, J. A., Rothman, A. J., Baldwin, A. S., & Jeffrey, R. W. (2006). The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial. *Health Psychology*, 25 (3), 282-291.

- Madden, S., Morris, A., Zurynski, Y.A., Kohn, M. and Elliot, E.J. (2009). Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia. *Medical Journal of Australia*, 190 (8), 410-414.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (3), 257-266.
- Maloney, M. J., McGuire, J. B., & Daniels, S. R. (1988). Reliability testing a children's version of the eating attitude test. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 541-543.
- Martinez, E., Tatum, K. L., Glass, M., Bernath, A., Ferris, D., Reynolds, P., et al. (2010). Correlates of smoking cessation self-efficacy in a community sample of smokers. *Addictive Behaviors*, 35 (2), 175-178.
- O'Hea, E. L., Boudreaux, E. D., Jeffries, S. K., Carmack Taylor, C. L., Scarinci, I. C., & Brantley, P. J. (2004). Stage of change movement across three health behaviors: the role of self-efficacy. *American Journal of Health Promotion*, 19 (2), 94-102.

- Parcel, G. S., Edmundson, E., Perry, C. L., Feldman, H. A., O'Hara-Tompkins, N., Nader, P. R., et al. (1995). Measurement of self-efficacy for diet-related behaviors among elementary school children. *Journal of School Health*, 65 (1), 23-27.
- Peebles, R., Wilson, J. L., & Lock, J. D. (2006). How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of adolescent health*, 39, 800-805.
- Pinhas, L., Morris, A., Crosby, R. D., & Katzman, D. K. (2011). Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian Paediatric Surveillance Program study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 165, 895-899.
- Pinto, A. M., Guarda, A. S., Heinberg, L. J., & Diclemente, C. C. (2006). Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire. *The International Journal of Eating Disorders*, 39 (5), 376-384.
- Pinto, A. M., Heinberg, L. J., Coughlin, J. W., Fava, J. L., & Guarda, A. S. (2008). The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Change with treatment and prediction of outcome. *Eating Behaviors*, 9, 143-153.

- Presnell, K., Pells, J., Stout, A., & Musante, G. (2008). Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program. *Eating Behaviors, 9*, 170-180.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research, 43* (14), 1125-1132.
- Rieger, E., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. (2002). The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders, 32* (1), 24-38.
- Rondier, M. (2004). A. Bandura. Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. *Revue.org, 3* (33), 475-476.
- Rosen, D. S. (2003). Eating disorders in children and young adolescents: Etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescent Medicine, 14* (1), 1-11.



- Seidah, A., Bouffard, T., & Vezeau, C. (2002). La mesure du perfectionnisme: validation canadienne française du Positive and Negative Perfectionism Scale. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 34 (3), 168-171.
- Senécal, C. (2010). *Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires pour enfant auprès d'une population francophone*. Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.
- Sklar, S. M., & Turner, N. E. (1999). A brief measure for the assessment of coping self-efficacy among alcohol and other drug users. *Addiction*, 94 (5), 723-729.
- Strauss, R., Rodzilsky, D., Burack, G., & Colin, M. (2001). Psychosocial correlates of physical activity in healthy children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 155 (8), 897-902.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 663-668.
- Thompson, J. K., Cattarin, J., Fowler, B., & Fisher, E. (1995). The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance

- Related Teasing Scale (PARTS). *Journal of Personality Assessment*, 65 (1), 146-157.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Saunders, R., Ward, D. S., Dowda, M., & Felton, G. (1997). A prospective study of the determinants of physical activity in rural fifth-grade children. *Preventive Medicine*, 26 (2), 257-263.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Ward, D. S., Saudners, R., & Riner, W. (1999). Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 17 (2), 120-126.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie canadienne*, 30 (4), 662-680.
- Vitousek, K., Watson, S., & Wilson, G. T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18 (4), 391-420.
- Zhao, Y., & Encinosa, W. (2011). *An update on hospitalizations for eating disorders, 1999 to 2009*. Récupéré le 18 octobre 2013 de <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf>

Tableau 1

Caractéristiques de l'échantillon en pourcentage (nombre entre parenthèse)

	T1	T2
Caractéristiques	(n = 391)	(n = 379)
Sexe		
Fille	55,27 (215)	55,56 (210)
Garçon	44,73 (174)	44,44 (168)
Âge		
6 ans	15,49 (59)	14,32 (53)
7 ans	33,07 (126)	34,59 (128)
8 ans	35,17 (134)	35,14 (130)
9 ans	16,27 (62)	15,95 (59)
Niveau scolaire		
1ère année	30,43 (119)	30,87 (117)
2e année	36,32 (142)	35,09 (133)
3e année	33,24 (130)	34,04 (129)

Tableau 2

Coefficients de saturation des énoncés du *EDRSQ-F-E* au T1

Items	Facteur 1	Facteur 2
10. Je suis capable de manger de la crème glacée et je ne me sens pas stressé (mal)	<b>0,61</b>	-0,03
19. Je suis capable d'aller manger chez quelqu'un et je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids et je suis capable de m'arrêter de manger quand je veux	<b>0,60</b>	-0,09
4. Je suis capable de me regarder dans un miroir et de ne pas penser aux parties de mon corps que je trouve trop grosses	<b>0,58</b>	<b>0,38</b>
22. Je sais que mon poids n'est pas ce qui est de plus important	<b>0,56</b>	0,22
11. Je suis capable de manger dans un buffet sans me sentir stressé (mal)	<b>0,53</b>	<b>-0,44</b>
21. Je suis capable de manger de la nourriture grasse sans chercher à faire quelque chose pour perdre du poids et je suis capable de m'arrêter de manger quand je veux	<b>0,52</b>	<b>-0,34</b>
13. Je suis capable de manger quelque chose de gras et je n'ai pas peur de devenir gros	<b>0,52</b>	-0,18

3. Je suis capable de regarder mon ventre ou mes cuisses et de ne pas penser à mon poids	<b>0,51</b>	0,26
8. Je suis capable de manger du gâteau de fête sans chercher à faire quelque chose pour perdre du poids	<b>0,51</b>	<b>-0,33</b>
20. Je suis capable de regarder le corps de d'autres personnes qui sont minces ou belles et ça ne me dérange pas	<b>0,50</b>	0,17
16. Je suis capable de me sentir bien dans mon corps même si mon ventre est gros	<b>0,50</b>	-0,06
6. Je suis capable de manger quelque chose de pas bon pour la santé et je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids	<b>0,49</b>	<b>-0,44</b>
17. Je suis capable de manger sans penser aux calories	<b>0,49</b>	-0,29
12. Je suis capable de manger de la nourriture que j'aime et pas parce que c'est faible en gras ou en calories	<b>0,46</b>	<b>-0,37</b>
2. Je suis capable de me sentir fier de ce que j'ai l'air	<b>0,46</b>	<b>0,40</b>
18. Je suis capable de manger 3 repas par jour et tout de suite après, je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids	<b>0,46</b>	-0,23
23. Je suis capable de manger avec des personnes qui finissent leur assiette	<b>0,45</b>	0,18

15. Je suis capable de savoir que mon corps n'est pas parfait	<b>0,41</b>	0,07
1. Je suis capable de manger un repas à une vitesse normale	<b>0,39</b>	-0,04
5. Je suis capable d'essayer de nouveaux aliments et je ne me sens pas stressé (mal)	<b>0,37</b>	0,06
7. Je suis capable de manger quand j'ai faim et d'arrêter de manger quand mon ventre est plein	<b>0,35</b>	0,27
14. Je suis capable de porter un costume de bain devant les autres	<b>0,33</b>	0,18
9. Je suis capable de sentir que mon corps est beau	<b>0,47</b>	<b>0,48</b>

---

Les coefficients de saturation > 0,30 sont en caractère gras.

Tableau 3

Coefficients de saturation des énoncés du *EDRSQ-F-E* au T2

Items	Facteur 1	Facteur 2
18. Je suis capable de manger 3 repas par jour et tout de suite après, je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids	<b>0,72</b>	0,19
17. Je suis capable de manger sans penser aux calories	<b>0,70</b>	0,22
21. Je suis capable de manger de la nourriture grasse sans chercher à faire quelque chose pour perdre du poids et je suis capable de m'arrêter de manger quand je veux	<b>0,68</b>	0,28
6. Je suis capable de manger quelque chose de pas bon pour la santé et je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids	<b>0,66</b>	<b>0,31</b>
13. Je suis capable de manger quelque chose de gras et je n'ai pas peur de devenir gros	<b>0,63</b>	<b>0,33</b>
8. Je suis capable de manger du gâteau de fête sans chercher à faire quelque chose pour perdre du poids	<b>0,62</b>	<b>0,33</b>
19. Je suis capable d'aller manger chez quelqu'un et je ne cherche pas à faire quelque chose pour perdre du poids et je suis capable de m'arrêter de manger quand je veux	<b>0,61</b>	<b>0,31</b>



12. Je suis capable de manger de la nourriture que j'aime et pas parce que c'est faible en gras ou en calories	<b>0,60</b>	<b>0,42</b>
15. Je suis capable de savoir que mon corps n'est pas parfait	<b>0,56</b>	<b>0,49</b>
16. Je suis capable de me sentir bien dans mon corps même si mon ventre est gros	<b>0,56</b>	<b>0,32</b>
11. Je suis capable de manger dans un buffet sans me sentir stressé (mal)	<b>0,50</b>	<b>0,35</b>
22. Je sais que mon poids n'est pas ce qui est de plus important	<b>0,50</b>	<b>0,45</b>
10. Je suis capable de manger de la crème glacée et je ne me sens pas stressé (mal)	<b>0,47</b>	<b>0,40</b>
20. Je suis capable de regarder le corps de d'autres personnes qui sont minces ou belles et ça ne me dérange pas	<b>0,46</b>	<b>0,43</b>
23. Je suis capable de manger avec des personnes qui finissent leur assiette	<b>0,40</b>	<b>0,27</b>
14. Je suis capable de porter un costume de bain devant les autres	<b>0,23</b>	<b>0,16</b>
9. Je suis capable de sentir que mon corps est beau	<b>0,32</b>	<b>0,76</b>
4. Je suis capable de me regarder dans un miroir et de ne	<b>0,50</b>	<b>0,74</b>

pas penser aux parties de mon corps que je trouve trop

grosses

2. Je suis capable de me sentir fier de ce que j'ai l'air	0,25	<b>0,70</b>
---	------	-------------

3. Je suis capable de regarder mon ventre ou mes cuisses		
--	--	--

et de ne pas penser à mon poids	<b>0,46</b>	<b>0,64</b>
---------------------------------	-------------	-------------

7. Je suis capable de manger quand j'ai faim et d'arrêter		
---	--	--

de manger quand mon ventre est plein	0,28	<b>0,52</b>
--------------------------------------	------	-------------

5. Je suis capable d'essayer de nouveaux aliments et je		
---	--	--

ne me sens pas stressé (mal)	<b>0,37</b>	<b>0,51</b>
------------------------------	-------------	-------------

1. Je suis capable de manger un repas à une vitesse		
---	--	--

normale	0,26	<b>0,51</b>
---------	------	-------------

---

Les coefficients de saturation  $> 0,30$  sont en caractère gras.

Tableau 4

Corrélations entre le *EDRSQ-F-E* avec un score global et les autres questionnaires au T<sub>2</sub>

	$r_p$	p	N
<i>ChEAT-F</i>	-.35	< .01	348
<i>PPOS</i>	.27	< .01	348
<i>PNOS</i>	-.17	< .01	348
<i>POTS-WT-F</i>	-.21	< .01	339
<i>POTS-WT-E</i>	-.11	.27	102

Note : *CHEAT-F* = *Children Eating Attitude Test* version francophone; *PPOS* = Sous-échelle de perfectionnisme positif orienté vers soi de l'Échelle de perfectionnisme positif et négatif; *PNOS* = Sous-échelle de perfectionnisme négatif orienté vers soi de l'Échelle de perfectionnisme positif et négatif; *POTS-WT-F* = Fréquence des moqueries sur la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale*; *POTS-WT-E* = Effet des moqueries sur la sous-échelle *Weight-Related Teasing* du *Perception of Teasing Scale*.

## APPENDICE B

LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT LA DIRECTION DE L'ÉCOLE  
POUR LA PRÉ EXPÉRIMENTATION



## Lettre résumant le projet et sollicitant la direction de l'école

Les troubles des conduites alimentaires à l'enfance : liens avec l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle et la sensibilité sociale

Madame, Monsieur,

Les troubles des conduites alimentaires sont fréquents chez les enfants et il semble que ces troubles apparaissent à un plus jeune âge. De plus, les troubles des conduites alimentaires à l'enfance peuvent entraîner des conséquences sur la santé mentale et physiologique. Qui plus est, les troubles des conduites alimentaires à l'enfance peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et ils évoluent souvent vers une forme plus sévère. Malgré l'importance des troubles des conduites alimentaires, les causes précises de ces troubles demeurent inconnues. Or, l'objectif global de mon étude est d'améliorer la compréhension des troubles des conduites alimentaires à l'enfance. Plus précisément, le premier objectif consiste à adapter certains questionnaires afin qu'ils conviennent aux enfants de mon étude. Le second objectif vise à investiguer si les facteurs associés dont l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (qui correspond à la confiance quant à ses capacités à résister de manger excessivement dans des situations particulières) et les taquineries liées au poids expliquent la présence des troubles des conduites alimentaires chez des enfants de six à huit ans. Actuellement, nous procédons à la pré expérimentation des questionnaires. Donc nous voulons vérifier si nos questionnaires peuvent être compris par des enfants de première année du primaire.

Pour ce faire, je suis à la recherche d'élèves d'une classe de première année du primaire acceptant de m'indiquer les énoncés des questionnaires qu'ils trouvent difficiles à comprendre. Dans une classe de votre école, je lirai à voix haute les énoncés des questionnaires. En groupe, les enfants vont indiquer les énoncés ou les expressions qu'ils perçoivent ambigus en levant la main. Pour ces énoncés, la nature de l'incompréhension sera discutée par les enfants. Je prendrais en note les commentaires des enfants. Cet exercice sera présenté comme étant le jeu du détective. Ainsi, les enfants seront des détectives qui ont la tâche de trouver les mots qui sont difficiles à comprendre. Cette période est d'une durée maximale de 50 minutes. Également, pendant ce temps, les questionnaires seront remis à l'enseignant de la

classe où aura lieu la pré expérimentation. L'enseignant pourra noter les mots ou expressions qui pourraient ne pas être compris par les enfants de sa classe.

Votre implication consisterait à informer un enseignant d'une classe ordinaire de première année de la participation de votre école à cette étude et de les informer qu'il devra libérer une période de 50 minutes de cours à une date que nous pourrions convenir. Vous devrez remettre à l'enseignant les formulaires de consentements que je vous enverrai deux semaines avant la première journée de collecte de données. L'enseignant remettra à chaque enfant deux copies de ce document. L'enfant demandera à un de ses parents de prendre connaissance du document et de le signer. Ensuite, l'enfant devra rapporter une copie du formulaire de consentement signée en classe afin que lors de la journée d'expérimentation, elle soit récupérée par la responsable du projet.

Aucun bénéfice direct découlant de la participation à l'étude n'est garanti à l'enfant ou au parent. Toutefois, la participation à cette étude offre une occasion de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine. Elle permettra de comprendre quels facteurs associés contribuent au développement des troubles des conduites alimentaires et offrira ainsi une information pertinente dans le dépistage des troubles des conduites alimentaires. Il est possible que le fait de répondre au questionnaire portant sur les troubles des conduites alimentaires puisse engendrer un certain inconfort aux enfants. Alors, le parent et l'enfant seront informés qu'ils pourront se retirer de ce projet en tout temps, sans préjudice et sans obligation. De plus, soyez assuré que l'équipe de recherche demeurera attentive à toute manifestation d'inconfort chez l'enfant durant sa participation et lui rappellera qu'il peut se retirer à tout moment.

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de l'enfant sont confidentiels et que seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux notes de la responsable du projet portant sur les commentaires des enfants aux questionnaires. Une fois les corrections apportées aux questionnaires les notes concernant les commentaires des enfants seront détruites. Aucune donnée que l'enfant nous transmettra ne sera utilisée dans le projet en dehors des informations qui nous auront permis d'ajuster le questionnaire.

Les notes concernant les commentaires des enfants ainsi que les formulaires de consentement seront conservés sous clé, dans un classeur au laboratoire de mon directeur de recherche, Jacques Forget (D. Ps).

Les résultats de l'étude principale pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais aucune information permettant d'identifier l'enfant ne sera divulguée.

Pour obtenir de plus amples informations ou pour formuler des commentaires concernant cette étude, veuillez contacter Marie-Eve Turgeon B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie et responsable du projet au (514) 987-3000 poste 2569 ou à [turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca). Vous pouvez également contacter Jacques Forget (D. Ps) à [forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca). Vous pourrez discuter en toute confiance des questions qui vous préoccupent concernant votre participation au projet.

En tant que responsable de la recherche, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions acceptées par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR), à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux participants tout le soutien, références nécessaires advenant qu'un enfant ressent un inconfort suite à sa participation à l'étude. En cas de plainte ou de questions sur les obligations du responsable de la recherche vous pouvez contacter mon directeur de recherche, Jacques Forget, professeur du département de psychologie au 987-3000 poste 7776. Dans le cas d'une plainte non résolue avec mon directeur, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du président du Comité, Dr. Marc Bélanger, président du CIÉR au (514) 987-3000 poste 5021 ou à [belanger.m@uqam.ca](mailto:belanger.m@uqam.ca).

Votre implication à ce projet permettra d'augmenter nos connaissances sur les troubles des conduites alimentaires à l'enfance et possiblement améliorer le dépistage de ces troubles chez cette population. Merci d'avance pour votre appui.

---

Marie-Eve Turgeon, B.Sc.

Étudiante au doctorat, département de psychologie, Université du Québec à Montréal  
Sous la supervision de M. Jacques Forget D.Ps.

J'ai lu et compris les informations présentes dans ce document de ce projet et je consens à participer à cette étude pour le processus de recrutement des participants.

---

Votre signature

---

Date

---

Nom et prénom (lettres moulées)

---

Nom de l'établissement

---

Numéro de téléphone de l'établissement



## APPENDICE C

LETTRE RÉSUMANT LE PROJET ET SOLLICITANT LA DIRECTION DE L'ÉCOLE  
POUR L'ÉTUDE PRINCIPALE



## Lettre résumant le projet et sollicitant la direction de l'école

Les troubles des conduites alimentaires à l'enfance : liens avec l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle et la sensibilité sociale

Madame, Monsieur,

Les troubles des conduites alimentaires sont fréquents chez les enfants et il semble que ces troubles apparaissent à un plus jeune âge. De plus, les troubles des conduites alimentaires à l'enfance peuvent entraîner des conséquences sur la santé mentale et physiologique. Qui plus est, les troubles des conduites alimentaires à l'enfance peuvent persister jusqu'à l'âge adulte et ils évoluent souvent vers une forme plus sévère. Malgré l'importance des troubles des conduites alimentaires, les causes précises de ces troubles demeurent incomprises. Or, l'objectif global de mon étude est d'améliorer la compréhension des troubles des conduites alimentaires à l'enfance. Plus précisément, le premier objectif consiste à adapter certains questionnaires afin qu'ils conviennent aux enfants de mon étude. Le second objectif vise à investiguer si les facteurs associés dont l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (qui correspond à la confiance quant à ses capacités à résister de manger excessivement dans des situations particulières) et les taquineries liées au poids expliquent la présence des troubles des conduites alimentaires chez des enfants de six à huit ans.

Pour ce faire, je suis à la recherche d'élèves acceptant de remplir des questionnaires en groupe, pendant leur horaire régulier, pour une durée approximative de 50 minutes. Les élèves répondront à ces questionnaires à deux reprises à un intervalle de deux semaines. Ainsi, j'aimerais par l'intermédiaire des enseignants des élèves des classes de première à la troisième année que vous desservez, recruter des enfants pour mon étude. Ces élèves auront à répondre à quatre questionnaires portant sur les troubles des conduites alimentaires, le perfectionnisme, les taquineries liées au poids et le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation.

Votre implication consisterait à informer les enseignants des classes ordinaires de première à la troisième année de la participation de votre école à cette étude et de les informer qu'ils devront libérer deux périodes de 50 minutes de cours à une date que nous pourrions convenir. Vous devrez remettre aux enseignants les formulaires de

consentements que je vous enverrai deux semaines avant la première journée de collecte de données. Les enseignants remettront à chaque enfant deux copies de ce document et demanderont à un de ses parents d'en prendre connaissance et de le signer. Ensuite, l'enfant devra rapporter une copie du formulaire de consentement signée en classe afin que lors de la collecte de données, elle soit récupérée par les assistants de recherche.

Aucun bénéfice direct découlant de la participation à l'étude n'est garanti à l'enfant ou au parent. Toutefois, la participation à cette étude offre une occasion de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine. Elle permettra de comprendre quels facteurs associés contribuent au développement des troubles des conduites alimentaires et offrira ainsi une information pertinente dans le dépistage des troubles des conduites alimentaires. Il est possible que le fait de répondre au questionnaire portant sur les troubles des conduites alimentaires puisse engendrer un certain inconfort aux enfants. Alors, le parent et l'enfant seront informés qu'ils pourront se retirer de ce projet en tout temps, sans préjudice et sans obligation. De plus, soyez assuré que l'équipe de recherche demeurera attentive à toute manifestation d'inconfort chez l'enfant durant sa participation et lui rappellera qu'il peut se retirer à tout moment. L'avantage de la participation de votre école à cette étude, tient au fait qu'advenant que le questionnaire sur les troubles des conduites alimentaires décèle qu'un enfant présente les caractéristiques des TCA, je communiquerai avec le parent afin de lui fournir une liste de ressources pour que l'enfant soit pris en charge.

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de l'enfant sont confidentiels et que seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ses questionnaires. Les membres de l'équipe ayant accès aux données signeront un formulaire stipulant qu'ils respecteront la confidentialité. Les questionnaires ainsi que les formulaires de consentement seront conservés sous clé, dans un classeur au laboratoire de mon directeur de recherche, Monsieur Forget (D. Ps). L'ensemble du matériel de recherche sera détruit deux ans après la dernière publication.

Afin de préserver l'anonymat des données, les questionnaires seront anonymes puisqu'ils seront identifiés par un code numérique remplaçant le nom des participants. Un document informatique Word comprendra le nom de l'enfant et de son parent, leur numéro de téléphone, ainsi que le code attribué à l'enfant. Ce document Word sera protégé par un mot de passe que seuls les membres de l'équipe de recherche connaîtront.

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais aucune information permettant d'identifier l'enfant ne sera divulguée.

Pour obtenir de plus amples informations ou pour formuler des commentaires concernant cette étude, veuillez contacter Marie-Eve Turgeon B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie et responsable du projet au (514) 987-3000 poste 2569 ou à [turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca). Vous pouvez également contacter Jacques Forget (D. Ps) à [forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca). Vous pourrez discuter en toute confiance des questions qui vous préoccupent concernant votre participation au projet.

En tant que responsable de la recherche, je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions acceptées par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR), à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des participants tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Je m'engage également à fournir aux participants tout le soutien, références nécessaires advenant qu'un enfant ressent un inconfort suite à sa participation à l'étude. En cas de plainte ou de questions sur les obligations du responsable de la recherche vous pouvez contacter mon directeur de recherche, Jacques Forget, professeur du département de psychologie au 987-3000 poste 7776. Dans le cas d'une plainte non résolue avec mon directeur, vous pouvez faire valoir votre situation auprès du président du Comité, Dr. Marc Bélanger, président du CIÉR au (514) 987-3000 poste 5021 ou à [belanger.m@uqam.ca](mailto:belanger.m@uqam.ca).

Votre implication à ce projet permettra d'augmenter nos connaissances sur les troubles des conduites alimentaires à l'enfance et possiblement améliorer le dépistage de ces troubles chez cette population. Merci d'avance pour votre appui.

---

Marie-Eve Turgeon, B.Sc.

Étudiante au doctorat, département de psychologie, Université du Québec à Montréal  
Sous la supervision de M. Jacques Forget D.Ps.

J'ai lu et compris les informations présentes dans ce document de ce projet et je consens à participer à cette étude pour le processus de recrutement des participants.

---

Votre signature

---

Date

---

Nom et prénom (lettres moulées)

---

Nom de l'établissement

---

Numéro de téléphone de l'établissement

## APPENDICE D

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA PRÉ EXPÉRIMENTATION



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (sujet mineur)

Les troubles des conduites alimentaires à l'enfance : liens avec l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle et la sensibilité sociale

### IDENTIFICATION

Responsable du projet :	Marie-Eve Turgeon, B.Sc., étudiante au doctorat
Département, centre ou institut :	Département de psychologie, Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement, Université du Québec à Montréal
Adresse courriel :	turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca
Directeur de thèse :	Jacques Forget, D. Ps

### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Votre enfant est invité à prendre part à ce projet visant à mieux saisir les troubles de conduites alimentaires chez les enfants. Plus particulièrement, le premier objectif vise à adapter les questionnaires qui seront utilisés au cours du projet. Le second objectif vise à investiguer si les facteurs associés dont l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, les taquineries liées au poids et le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (qui correspond à la confiance quant à ses capacités à résister de manger excessivement dans des situations particulières) expliquent la présence des troubles des conduites alimentaires chez des enfants de six à huit ans.

Actuellement, nous procédons à la pré expérimentation des questionnaires. Donc nous voulons vérifier si nos questionnaires peuvent être compris par des enfants de première année du primaire.

La direction de l'école de votre enfant a donné son accord à ce projet.

### PROCÉDURE(S)

Avec votre autorisation et l'accord de votre enfant, il sera invité à nous indiquer les énoncés des questionnaires qu'il trouve difficiles à comprendre. Dans la classe de votre enfant, la responsable du projet lira à voix haute les énoncés des questionnaires. En groupe, les enfants vont indiquer les énoncés ou les expressions qu'ils perçoivent ambigus en levant la main. Pour ces énoncés, la nature de l'incompréhension sera discutée par les enfants. Les commentaires des enfants seront pris en note par la responsable du projet. Cet exercice sera présenté comme étant le jeu du détective. Ainsi, les enfants seront des détectives qui ont la tâche de trouver les mots qui sont difficiles à comprendre. Cette période est d'une durée maximale de 50 minutes.

### AVANTAGES ET RISQUES D'INCONFORT

Aucun bénéfice direct découlant de la participation à l'étude ne vous est garanti, ni à votre enfant. Toutefois, la participation de l'enfant à ce projet de recherche offre une occasion de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine. Votre collaboration permettra de comprendre quels facteurs associés contribuent au développement des troubles des conduites alimentaires chez les enfants. Cette étude offrira ainsi une information pertinente dans le dépistage des troubles des conduites alimentaires. Il n'y a pas de risque d'inconfort important associé à la participation à cette étude. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions du

questionnaire portant sur les troubles des conduites alimentaires pourraient occasionner un certain inconfort pour votre enfant si ces questions correspondent à certains de ses propres comportements et attitudes alimentaires. Je comprends que je pourrai retirer mon enfant ou qu'il pourra se retirer lui-même de ce projet en tout temps, sans préjudice et sans obligation. De plus, soyez assuré que l'équipe de recherche demeurera attentive à toute manifestation d'inconfort chez votre enfant durant sa participation et lui rappellera qu'il peut se retirer à tout moment.

#### **ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ**

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de votre enfant sont confidentiels et que seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès aux notes de la responsable du projet portant sur les commentaires des enfants aux questionnaires. Une fois les corrections apportées aux questionnaires les notes concernant les commentaires des enfants seront détruites. Aucune donnée que l'enfant nous transmettra ne sera utilisée dans le projet en dehors des informations qui nous auront permis d'ajuster le questionnaire.

Les notes concernant les commentaires des enfants ainsi que les formulaires de consentement seront conservés sous clé, dans un classeur au laboratoire de mon directeur de recherche, Jacques Forget (D. Ps).

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais aucune information permettant d'identifier votre enfant ne sera divulguée.

#### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

La participation de votre enfant à ce projet est volontaire. Cela signifie que même si vous consentez aujourd'hui à ce que votre enfant participe à cette recherche, il demeure entièrement libre de ne pas participer ou de mettre fin à sa participation en tout temps sans justification ni pénalité. Vous pouvez également retirer votre enfant du projet en tout temps. Pour les enfants qui ne participent pas au projet, des exercices leur seront proposés en classe par leur enseignant.

#### **COMPENSATION**

Vous et votre enfant ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

#### **DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?**

Vous pouvez contacter Marie-Eve Turgeon au (514) 987- 3000 poste 2596 ou par courriel à [turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca) pour des questions additionnelles sur le projet, d'éventuelles inquiétudes, ou sur vos droits ou sur ceux de votre enfant en tant que participant de recherche. Vous pouvez également contacter Jacques Forget (D. Ps) à [forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca). Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel votre enfant va participer.

Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Marc Bélanger, au (514) 987-3000 poste 5021 ou à [belanger.m@uqam.ca](mailto:belanger.m@uqam.ca) ou contacter mon directeur de recherche, M. Jacques Forget, professeur au département de psychologie au (514) 987-3000 poste 7776 ou par courriel à [forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca).

#### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration et celle de votre enfant sont essentielles à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé des résultats de l'étude, vous pourrez communiquer avec Marie-Eve Turgeon aux coordonnées mentionnées ci-haut.



**AUTORISATION PARENTALE**

En tant que parent ou tuteur légal de (nom et prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_, je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à ce que mon enfant participe à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le chercheur responsable a répondu à mes questions de manière satisfaisante, et que j'ai disposé suffisamment de temps pour discuter avec mon enfant de la nature et des implications de sa participation. Je comprends que sa participation à cette recherche est totalement volontaire et qu'il peut y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il lui suffit d'en informer un membre de l'équipe. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de retirer mon enfant du projet.

\_\_\_\_\_  
Signature du parent\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent (lettres moulées)\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone\_\_\_\_\_  
Signature de l'enfant\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Marie-Eve Turgeon, B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie  
Sous la supervision de Jacques Forget, D. Ps.\_\_\_\_\_  
Date

\*\*\* Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche. Le second exemplaire doit être déposé dans l'enveloppe ci-jointe. Vous pourrez remettre cette enveloppe à votre enfant afin qu'il la rapporte à l'école pour qu'elle puisse être récupérée par un membre de l'équipe de recherche.

## APPENDICE E

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE PRINCIPALE



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (sujet mineur)

Les troubles des conduites alimentaires à l'enfance : liens avec l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, le sentiment d'efficacité personnelle et la sensibilité sociale

### IDENTIFICATION

Responsable du projet :	Marie-Eve Turgeon, B.Sc., étudiante au doctorat
Département, centre ou institut :	Département de psychologie, Laboratoire des Sciences Appliquées du Comportement, Université du Québec à Montréal
Adresse courriel :	turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca
Directeur de thèse :	Jacques Forget, D. Ps

### BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Votre enfant est invité à prendre part à ce projet visant à mieux saisir les troubles de conduites alimentaires chez les enfants. Plus particulièrement, le premier objectif vise à adapter les questionnaires qui seront utilisés au cours du projet. Le second objectif vise à investiguer si les facteurs associés dont l'indice de masse corporelle, le perfectionnisme, les taquineries liées au poids et le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation (qui correspond à la confiance quant à ses capacités à résister de manger excessivement dans des situations particulières) expliquent la présence des troubles des conduites alimentaires chez des enfants de six à huit ans.

La direction de l'école de votre enfant a donné son accord à ce projet.

### PROCÉDURE(S)

Avec votre autorisation et l'accord de votre enfant, il sera invité à deux reprises à répondre en classe, en groupe et pendant son horaire régulier, à quatre questionnaires portant sur les troubles des conduites alimentaires, le perfectionnisme, les taquineries liées au poids et le sentiment d'efficacité personnelle spécifique à l'alimentation. La période de collecte de données est d'une durée maximale de 50 minutes. Nous vous demandons également d'indiquer à la fin de ce présent document l'âge, le sexe, le poids et la taille de votre enfant.

### AVANTAGES ET RISQUES D'INCONFORT

Aucun bénéfice direct découlant de la participation à l'étude ne vous est garanti, ni à votre enfant. Toutefois, la participation de l'enfant à ce projet de recherche offre une occasion de contribuer à l'avancement des connaissances scientifiques dans le domaine. Votre collaboration permettra de comprendre quels facteurs associés contribuent au développement des troubles des conduites alimentaires chez les enfants. Cette étude offrira ainsi une information pertinente dans le dépistage des troubles des conduites alimentaires. Le risque d'inconfort associé à la participation à cette étude est minimal. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions du questionnaire portant sur les troubles des conduites alimentaires pourraient occasionner un certain inconfort pour votre enfant si ces questions correspondent à certains de ses propres comportements et attitudes alimentaires. Je comprends que je pourrai retirer mon enfant ou qu'il pourra se retirer lui-même de ce projet en tout temps, sans préjudice et sans obligation. De plus, soyez assuré que l'équipe de recherche demeurera

attentive à toute manifestation d'inconfort chez votre enfant durant sa participation et lui rappellera qu'il peut se retirer à tout moment.

### **ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ**

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de votre enfant sont confidentiels et que seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès à ses questionnaires. Les membres de l'équipe ayant accès à aux données signeront un formulaire stipulant qu'ils respecteront la confidentialité des données. Les questionnaires ainsi que les formulaires de consentement seront conservés sous clé, dans un classeur au laboratoire de mon directeur de recherche, Jacques Forget (D. Ps). L'ensemble du matériel de recherche sera détruit deux ans après la dernière publication.

Afin de préserver l'anonymat des données, les questionnaires seront identifiés par un code numérique remplaçant le nom des participants. Un document informatique Word comprendra le nom de l'enfant et de son parent, leur numéro de téléphone ainsi que le code attribué à l'enfant. Ce document Word sera protégé par un mot de passe que seuls les membres de l'équipe de recherche connaîtront.

Je comprends qu'advenant que le questionnaire mesurant les troubles des conduites alimentaires détecte un problème, le chercheur principal me contactera pour en discuter et me suggérer une liste de ressources.

Les résultats de l'étude pourront être publiés dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques, mais aucune information permettant d'identifier votre enfant ne sera divulguée.

### **PARTICIPATION VOLONTAIRE**

La participation de votre enfant à ce projet est volontaire. Cela signifie que même si vous consentez aujourd'hui à ce que votre enfant participe à cette recherche, il demeure entièrement libre de ne pas participer ou de mettre fin à sa participation en tout temps sans justification ni pénalité. Vous pouvez également retirer votre enfant du projet en tout temps. Pour les enfants qui ne participent pas au projet, des exercices leur seront proposés en classe par leur enseignant.

### **COMPENSATION**

Vous et votre enfant ne recevrez aucune compensation financière pour votre participation à cette étude.

### **DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?**

Vous pouvez contacter Marie-Eve Turgeon au (514) 987- 3000 poste 2596 ou par courriel à [turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca](mailto:turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca) pour des questions additionnelles sur le projet, d'éventuelles inquiétudes, ou sur vos droits ou sur ceux de votre enfant en tant que participant de recherche. Vous pouvez également contacter Jacques Forget (D. Ps) à [forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca). Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel votre enfant va participer.

Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche sur le plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Marc Bélanger, au (514) 987-3000 poste 5021 ou à [belanger.m@uqam.ca](mailto:belanger.m@uqam.ca) ou contacter mon directeur de recherche, M. Jacques Forget, professeur au département de psychologie au (514) 987-3000 poste 7776 ou par courriel à [forget.jacques@uqam.ca](mailto:forget.jacques@uqam.ca).

### **REMERCIEMENTS**

Votre collaboration et celle de votre enfant sont essentielles à la réalisation de notre projet et l'équipe de recherche tient à vous en remercier. Si vous souhaitez obtenir un résumé des résultats de l'étude, vous pourrez communiquer avec Marie-Eve Turgeon aux coordonnées mentionnées ci-haut.

### AUTORISATION PARENTALE

En tant que parent ou tuteur légal de (nom et prénom de l'enfant) \_\_\_\_\_, je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à ce que mon enfant participe à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le chercheur responsable a répondu à mes questions de manière satisfaisante, et que j'ai disposé suffisamment de temps pour discuter avec mon enfant de la nature et des implications de sa participation. Je comprends que sa participation à cette recherche est totalement volontaire et qu'il peut y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Il lui suffit d'en informer un membre de l'équipe. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de retirer mon enfant du projet.

**Veuillez s.v.p. cocher la case qui correspond à votre choix :**

1. J'accepte que mon enfant réponde en classe aux questionnaires et j'accepte de compléter les informations ci-dessous ☐
2. Je refuse que mon enfant réponde en classe aux questionnaires, mais j'accepte de compléter les informations ci-dessous ☐
3. Je refuse que mon enfant réponde en classe aux questionnaires et je refuse de compléter les informations ci-dessous ☐

\_\_\_\_\_  
Signature du parent

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent (lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_  
Signature de l'enfant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Marie-Eve Turgeon, B.Sc., étudiante au doctorat en psychologie  
Sous la supervision de Jacques Forget, D. Ps.

\_\_\_\_\_  
Date

### INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Afin de pouvoir calculer l'indice de masse corporelle de votre enfant et de pouvoir répondre aux objectifs de cette étude, les informations ci-dessous sont essentielles. Veuillez bien vouloir compléter les champs suivants :

Sexe de mon enfant :

☐ féminin

☐ masculin

Âge de mon enfant : \_\_\_\_\_ (ans et mois) (ex. : 8 ans 3 mois)  
Poids de mon enfant : \_\_\_\_\_ (kg)  
Taille de mon enfant : \_\_\_\_\_ (m)

\*\*\* Veuillez conserver le premier exemplaire de ce formulaire de consentement pour communication éventuelle avec l'équipe de recherche. Le second exemplaire doit être déposé dans l'enveloppe ci-jointe. Vous pourrez remettre cette enveloppe à votre enfant afin qu'il la rapporte à l'école pour qu'elle puisse être récupérée par un membre de l'équipe de recherche.

## APPENDICE F

### INSTRUCTIONS DONNÉES AUX PARTICIPANTS LORS DE LA PASSATION DE L'INSTRUMENT



### Instructions données aux enfants lors de la journée d'expérimentation

Lors de la journée de la collecte de données, les enfants présents qui ont en leur possession le formulaire de consentement signé reçoivent les consignes suivantes :

« Bonjour à tous, je m'appelle \_\_\_\_\_, je suis étudiant(e) en psychologie à l'Université du Québec à Montréal et je travaille sur les troubles alimentaires à l'enfance. Aujourd'hui vous répondrez à des questionnaires qui nous permettront de mieux comprendre pourquoi certains enfants peuvent présenter des comportements alimentaires problématiques. Sachez que votre participation à cette étude est volontaire, elle ne vous donnera pas de meilleures notes scolaires et à tout moment vous pouvez décider d'arrêter de remplir les questionnaires ou vous pouvez avoir du soutien de la part de la chercheuse principale ou de moi-même. Il est important de garder le silence donc si vous avez des questions, je vous demande de bien vouloir lever la main. Vos réponses aux questionnaires sont confidentielles, ce qui veut dire qu'elles resteront secrètes et afin que vos voisins ne les voient pas, veuillez s.v.p. installer le paravent devant vos feuilles. Il faut aussi garder vos yeux sur vos feuilles. Enfin, il est important de savoir qu'il n'y a aucune mauvaise ou bonne réponse, il faut simplement répondre honnêtement.

Avez-vous des questions avant de commencer?

Je vais maintenant lire les énoncés des questionnaires à haute voix et vous pourrez y répondre au fur et à mesure...»

Une fois les questionnaires complétés, les assistants de recherche mentionnent : « il est important de ne pas discuter entre vous de vos réponses aux questionnaires, elles sont confidentielles ».

APPENDICE G

FORMULAIRE DE CONFIDENTIALITÉ POUR LES ASSISTANTS DE  
RECHERCHE

### Formulaire de confidentialité pour les assistant(e)s de recherche

En tant qu'assistant(e) de recherche, je m'engage à respecter le caractère confidentiel des informations portées à ma connaissance dans l'exécution dans cette étude. Ainsi, toute information relative à la recherche ou aux participants ne doit être partagée qu'avec Marie-Eve Turgeon. Je pourrai d'ailleurs contacter cette dernière dès que j'aurai des questions sur quoi que ce soit au xxx-xxx-xxxx.

Je m'engage également à ne pas utiliser ou permettre que soient utilisés les documents, données, logiciels, procédés et techniques auxquels j'ai accès dans le laboratoire, à des fins autres que celles pour lesquelles ils ont été développés ou dans le cadre d'un autre emploi, à moins d'avoir obtenu l'autorisation expresse de la directrice, du directeur du laboratoire.

---

Signature de l'assistant(e) de recherche

---

Date

---

Prénom, Nom

## APPENDICE H

### ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES REVUES

## ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

Pratiques Psychologiques

Titre : Adaptation and validation of the Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2; Adaptation et validation du Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2

Auteur correspondant : Mrs. Marie-Eve Turgeon

Cher(e) Marie-Eve,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"Adaptation and validation of the Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2; Adaptation et validation du Children's Version of the Eating Attitudes Test-French 2"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse <http://ees.elsevier.com/prps/>.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction

Pratiques Psychologiques

-----  
IMPORTANT:

1) Merci de vous assurer que votre serveur de mail ne vous interdit pas la réception de courriers électroniques envoyés par « elsevier.com », vous pourriez ne pas recevoir certains courriers importants.

2) Il vous est fortement recommandé d'avoir la dernière version d'Acrobat Reader, qui est disponible gratuitement sur : <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html>.

3) Pour accéder à certaines pages importantes du site, il faut activer les « pop up ». Veuillez bien à vérifier la configuration de votre navigateur Internet, et celle des barres de navigation telles que « Yahoo ! Tool bar », ou « Barre d'outils Google », et à désactiver le blocage des « pop up » sur le site de la revue. Cela ne vous expose à

aucun risque.

4) Pour une première utilisation du système éditorial Elsevier (EES), un mode d'emploi et un guide sont disponibles sur la page d'accueil du site

: <http://ees.elsevier.com/prps/>.

## ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

Journal de thérapie comportementale et cognitive

Titre : Adaptation et validation de la sous-échelle de perfectionnisme orienté vers soi de l'Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif

Auteur correspondant : Mrs. Marie-Eve Turgeon

Cher(e) Marie-Eve,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"Adaptation et validation de la sous-échelle de perfectionnisme orienté vers soi de l'Échelle de Perfectionnisme Positif et Négatif"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre article en consultant le site EES.

Merci de vous connecter au site de la revue <http://ees.elsevier.com/jtcc/> en tant qu'auteur (en cliquant sur "log in").

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Rédaction

Journal de thérapie comportementale et cognitive



Le 24 février 2014

Marjolaine Mercier

Au nom du Comité de rédaction de la Revue québécoise de psychologie, nous accusons réception de votre article intitulé : «Adaptation du Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire-French (EDRSQ-F) en une version pour enfants (EDRSQ-F-E)».

Le comité de lecture (composé de trois évaluateurs) prendra connaissance de votre manuscrit et, dans les meilleurs délais, nous vous ferons parvenir ses commentaires ainsi que la décision du comité de rédaction.

En vous remerciant de votre intérêt pour notre *Revue*, je vous prie d'agréer l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Suzanne Léveillée,  
directrice

Vous pouvez y avoir accès en [cliquant ici](#).

Titre de l'article: Validation francophone et québécoise de la sous-échelle Weight-Related Teasing du Perception of Teasing Scale chez les enfants

Référence: JTCC197

Titre de la revue: Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive

Auteur correspondant: Dr. Marie-Eve Turgeon

Auteur principal: Dr. Marie-Eve Turgeon

Envoi du tiré à part en version PDF: 12-6-2013

Nous avons le plaisir de vous faire parvenir en fichier attaché une version PDF de votre article publié Validation francophone et québécoise de la sous-échelle Weight-Related Teasing du Perception of Teasing Scale chez les enfants que vous pouvez consulter et télécharger. Veuillez noter que cet article est publié et qu'il n'est plus possible d'en modifier le contenu.

Veuillez également noter s'il vous plait que ce tiré à part en version électronique remplace les sorties papier gratuites de tirés à part.

Pour consulter, enregistrer et imprimer les fichiers PDF, vous avez besoin d'Adobe Reader (version 5.0 ou ultérieure). Ce logiciel est disponible gratuitement et peut être téléchargé partir de cette

adresse: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep.html>.

Au regard des clauses de copyright nous vous informons que:

Cet article est publié à l'origine dans une revue éditée par Elsevier, la copie attachée de celle-ci est fournie par Elsevier au profit de l'auteur et de l'institution à laquelle il est rattaché, pour une utilisation non commerciale dans le cadre de la recherche et de l'utilisation pédagogique y compris et sans réserve l'utilisation à des fins d'enseignement dans votre institution, dans le cadre d'un échange restreint avec quelques collègues de votre entourage, et dans le cas où vous devez fournir une copie à l'administrateur de votre institution.

Toute autre utilisation, la reproduction et la distribution y compris et sans réserve la réimpression à titre commercial, la vente ou la cession de droits sur des copies ou des accès à celles-ci, ou la mise en consultation sur des sites internet libres d'accès ou sur des sites physiques ou internet personnels ou institutionnels est interdite.

Vous pouvez retrouver les autorisations liées à l'utilisation de ce tiré à part sur le site d'Elsevier <http://www.elsevier.com/locate/permissionusematerial>.

>>> Aide à la publication <http://www.elsevier.com/authors> <<<

---

Ce message électronique vous est envoyé par Elsevier B.V., Radarweg 29, 1043 NX Amsterdam, The Netherlands. Pour éviter que ce message ne soit considéré comme un Spam ou un message indésirable par votre boîte de réception, merci d'ajouter [support@elsevier.com](mailto:support@elsevier.com) à votre carnet d'adresse ou sur votre liste d'expéditeurs reconnus.

Pour toutes questions, problèmes ou suggestions concernant ce service, merci de contacter <mailto:support@elsevier.com>.

Merci de lire notre charte de confidentialité <http://www.elsevier.com/privacypolicy>.

[T-fr13a-20101221]

**Date:** 05/26/2014  
**To:** "Marie-Eve Turgeon" turgeon.marie-eve.3@courrier.uqam.ca  
**From:** "Canadian Journal of Behavioural Science" sramos@apa.org  
**Subject:** Submission Confirmation for Factors related to disordered eating in childhood

Dear PhD Student Turgeon,

Your submission "Factors related to disordered eating in childhood" has been received by Canadian Journal of Behavioural Science.

You will be able to check on the progress of your submission by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://cbs.edmgr.com/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Best regards,  
Editorial Office  
Canadian Journal of Behavioural Science

## RÉFÉRENCES

- Academy for Eating Disorders. n.d. «Our mission». En ligne. <[http://www.aedweb.org/Our\\_Mission/2241.htm](http://www.aedweb.org/Our_Mission/2241.htm)>. Consulté le 15 juillet 2013.
- Ackard, D. M., C. L. Cronemeyer, L. M. Franzen, S. A. Richter et J. Norstrom. 2011. «Number of different purging behaviors used among women with eating disorders: psychological, behavioral, self-efficacy and quality of life outcomes». *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention*, vol. 19, p. 156-174.
- Adolescence, Committee on. 2003. «Identifying and Treating Eating Disorders». *Pediatrics*, vol. 111, p. 204-211.
- Agence de la santé publique du Canada. 2002. «Rapport sur les maladies mentales au Canada». En ligne. <[http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmhc/pdf/chap\\_6\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmhc/pdf/chap_6_f.pdf)>. Consulté le 15 juillet 2013.
- Agras, W. S, S. Bryson, L. D Hammer et H. C Kraemer. 2007. «Childhood risk factors for thin body preoccupation and social pressure to be thin». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 46, p. 171-178.
- Allen, K. L., S. M. Byrne, D. Forbes et W. H. Oddy. 2009. «Risk factors for full- and partial-syndrome early adolescent eating disorders: a population-based pregnancy cohort study». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 48, p. 800-809.
- Allen, K. L., S. M. Byrne, M. La Puma, N. McLean et E. A. Davis. 2008. «The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children». *Eating behaviors*, vol. 9, p. 438-446.
- American Psychiatric Association [APA]. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* 4th DSM IV-TR. Washington, DC: Authors, 1065 p.
- American Psychiatric Association [APA]. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th DSM-5. Washington, DC: Authors, 991 p.
- Badr, H. E., et P. M. Moody. 2005. «Self-efficacy: A predictor for smoking cessation contemplators in Kuwaiti adults». *International journal of behavioral medicine*, vol. 12, p. 273-277.

- Bandura, A. 1977. «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological review*, vol. 84, p. 191-215.
- Bardone-Cone, A. M., L. Y. Abramson, K. D. Vohs, T. F. Heatherton et T. E. Joiner. 2006. «Predicting bulimic symptoms: An interactive model of self-efficacy, perfectionism, and perceived weight status». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 44, p. 27-42.
- Bas, M., et S. Donmez. 2009. «Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey». *Appetite*, vol. 52, p. 209-216.
- Bégin, M, L Eggertson et N Macdonald. 2009. «Un pays aux projets pilotes perpétuels». *Canadian Medical Association or its licensors*, vol. 180, p. E88-E89.
- Belmin, J., P. H. Chassagne, R. Gonthier, C. Jeandel et P. Pfitzenmeyer. 2003. *Gérontologie pour le praticien*. Paris Elsevier Masson, 642 p.
- Benas, J. S., et B. E. Gibb. 2011. «Childhood teasing and adult implicit cognitive biases». *Cognitive Therapy and Research*, vol. 35, p. 491-496.
- Bennett, N. A. M., R. L. Spoth et F. H Borgen. 1991. «Bulimic symptoms in high school females: Prevalence and relationship with multiple measures of psychological health». *Journal of Community Psychology*, vol. 19, p. 13-28.
- Berger, U., C. Schilke et B. Strauss. 2005. «Weight concerns and dieting among 8 to 12-year-old children». *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, vol. 55, p. 331-338.
- Berman, E. S. 2006a. «The relationship between eating self-efficacy and eating disorder symptoms in a non-clinical sample». *Eating behaviors*, vol. 7, p. 79-90.
- Berman, E. S. 2006b. «Weight-based teasing: Relationships with eating and exercise attitudes and behaviours, social physique anxiety and self-efficacy». Thèse de doctorat, Toronto, University of Toronto, 201 p.
- Birken, C. S, J Maguire, B. W McCrindle, J. D. Hamilton et P. C Parkin. 2012. «Childhood obesity prevention: Opportunities in healthcare». *Healthcare Quarterly*, vol. 15, no Special issue, p. 48-53.

- Boone, L., B. Soenens, C. Braet et L. Goossens. 2010. «An empirical typology of perfectionism in early-to-mid adolescents and its relation with eating disorder symptoms». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 48, p. 686-691.
- Booth, M. L., N. Owen, A. Bauman, O. Clavisi et E. Leslie. 2000. «Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older australians». *Preventive Medicine*, vol. 31, p. 15-22.
- Bouffard-Bouchard, T., S. Parent et S. Larivee. 1991. «Influence of self-efficacy on self-regulation and performance among junior and senior high-school age students». *International Journal of Behavioral Development*, vol. 14, p. 153-164.
- Bouin, N. 2006. «La dysphagie: L'évaluation et la prise en charge». *Le clinicien*, vol. 21, p. 69-74.
- Bryant-Waugh, R. J, P. J Cooper, C. L. Taylor et B. D. Lask. 1996. «The use of eating disorder examination with children: A pilot study». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 19, p. 391-397.
- Burggraf, K. K. 2000. «Eating disorder symptomatology and media, family, psychological, and maturational variables: A longitudinal study of young females». Thèse de doctorat, Alberta, University of Alberta, 351 p.
- Burns, E. F. 2008. *Nobody's perfect: A story for children about perfection*. Washington, DC: Magination Press, 48 p.
- Cain, A. S., A. M. Bardone-Cone, L. Y. Abramson, K. D. Vohs et T. E. Joiner. 2008. «Refining the relationships of perfectionism, self-efficacy, and stress to dieting and binge eating: Examining the appearance, interpersonal, and academic domains». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 41, p. 713-721.
- Cash, T. F. 1995. «Developmental teasing about physical appearance: Retrospective descriptions and relationships with body image». *Social Behavior and Personality*, vol. 23, p. 123-129.
- Castro-Fornieles, J., P. Gual, F. Lahortiga, A. Gila, V. Casulà, C. Fuhrmann, M. Imirizaldu, E. Martinez et J. Toro. 2007. «Self-oriented perfectionism in eating disorders». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, p. 562-568.



- Castro, J., A. Gila, P. Gual, F. Lahortiga et B. Saura. 2004. «Perfectionism dimensions in children and adolescents with anorexia nervosa». *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, p. 392-398.
- Chavez, M., et T. R. Insel. 2007. «Eating disorders». *American Psychologist*, vol. 62, p. 159-166.
- Clark, M. M., D. B. Abrams, R. S. Niaura, C. A. Eaton et J. S. Rossi. 1991. «Self-efficacy in weight management». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, p. 739-744.
- Clark, M. M., L. H. Forsyth, E. E. Lloyd-Richardson et T. K. King. 2000. «Eating self-efficacy and binge eating disorder in obese women». *Journal of Applied Biobehavioral Research*, vol. 5, p. 154-161.
- Cole, T. J., M. C. Bellizzi, M. Flegal et W. H. Dietz. 2000. «Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey». *British Medical Journal*, vol. 320, no 6, p. 1-6.
- Cook-Cottone, C.P., E. Tribole et T.L. Tylka. 2013. *Healthy eating in schools: Evidence-based interventions to help kids thrive*. Washington, DC: American Psychological Association, 285 p.
- Couture, S., S. Lecours, G. Beaulieu-Pelletier, F. L. Philippe et I. Stychar. 2010. «French adaptation of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Psychometric properties and conceptual overview». *European Eating Disorders Review*, vol. 18, p. 234-243.
- Czarlinski, J. A., D. M. Aase et L. A. Jason. 2012. «Eating disorders, normative eating self-efficacy and body image self-efficacy: Women in recovery homes». *European Eating Disorders Review*, vol. 20, p. 190-195.
- Davison, K. K., C. N. Markey et L. L. Birch. 2000. «Etiology of body dissatisfaction and weight concerns among 5-year-old girls». *Appetite*, vol. 35, p. 143-151.
- DeLeel, M., T. L. Huges, J. A. Miller, A. Hipwell et L. A. Theodore. 2009. «Prevalence of eating disturbance and body image dissatisfaction in young girls: An examination of the variance across racial and socioeconomic groups». *Psychology in the Schools*, vol. 46, p. 767-775.
- Deleel, M. L. 2007. «Social competence difficulties, loneliness, and victimization by peers as predictors of eating disturbance in young girls: A longitudinal investigation». Doctoral dissertation, Pittsburgh, Duquesne University, 158 p.

- Dennis, K. E., et A. P. Goldberg. 1996. «Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women ». *Addictive Behaviors*, vol. 21, p. 103-116.
- Denny, K. N., K. Loth, M. E. Eisenberg et D. Neumark-Sztainer. 2013. «Intuitive eating in young adults. Who is doing it, and how is it related to disordered eating behaviors?». *Appetite*, vol. 60, p. 13-19.
- Direction de santé publique, et Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal. 2005. «Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport détaillé». Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada. En ligne.  
<[http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport\\_detaille\\_francais.pdf](http://www.greas.ca/publication/pdfrapport/rapport_detaille_francais.pdf)>.  
Consulté le 15 juillet 2013.
- Dolhanty, J. 2005. «Symptom control and self-efficacy with electronic self-monitoring of bulimia nervosa: A randomized controlled trial». Thèse de doctorat, Ontario, York University, 538 p.
- Dubois, L., et M. Girad. 2007. «Accuracy of maternal reports of pre-schoolers' weights and heights as estimates of BMI values». *International Journal of Epidemiology*, vol. 36, p. 132-138.
- Edlund, B., G. Hallqvist et P. C. Sjöden. 1994. «Attitudes to food, eating and dieting behaviour in 11 and 14-year-old Swedish children». *Acta Paediatrica*, vol. 83, p. 572-577.
- Eisenberg, M., D. Neumark-Sztainer et M. Story. 2003. «Associations of weight-based teasing and emotional well-being among adolescents». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, p. 733-738.
- Erickson, S. J., et M. Gerstle. 2007. «Developmental considerations in measuring children's disordered eating attitudes and behaviors». *Eating behaviors*, vol. 8, p. 224-235.
- Fairburn, C. G. 2008. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New-York: The Guilford Press, 324 p.
- Fairburn, C. G., R. Shafran et Z. Cooper. 1999. «A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 37, p. 1-13.

- Faith, M. S., M. A. Leone, T. S. Ayers, M. Heo et A. Pietrobelli. 2002. «Weight criticism during physical activity, coping skills, and reported physical activity in children». *Pediatrics*, vol. 110, no 2, p. e23-e30.
- Ferreiro, F., G. Seoane et C. Senra. 2012. «Gender-related risk and protective factors for depressive symptoms and disordered eating in adolescence: A 4-year longitudinal study». *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 41, p. 607-622.
- Field, A. E., S. B. Austin, C. B. Taylor, S. Malspeis, B. Rosner, H. R. Rockett, M. W. Gillman et G. A. Colditz. 2003. «Relation between dieting and weight change among preadolescents and adolescents». *Pediatrics*, vol. 112, p. 900-906.
- Field, A. E., C. A. Camargo, B. Taylor, C. S. Berkey, S. B Roberts et G. A. Colditz. 2001. «Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys». *Pediatrics*, vol. 107, p. 54-60.
- Fingeret, M.C., C. S. Warren, A. Cepeda-Benito et D. H. Gleaves. 2006. «Eating disorder prevention research: a meta-analysis». *Eating Disorders : The Journal of Treatment & Prevention*, vol. 14, p. 191-213.
- Flett, G. L., L-M. Coulter, P. L. Hewitt et T. Nepon. 2011. «Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents». *Canadian Journal of School Psychology*, vol. 26, p. 159-176.
- Flett, G. L., et P. L. Hewitt. 2002. «Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues». In *Theory, Research, and treatment*, G. L. Flett et P. L. Hewitt, p. 5-31. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., et P. L. Hewitt. 2006. «Positive versus negative perfectionism in psychopathology: a comment on Slade and Owens's dual process model». *Behavior Modification*, vol. 30, p. 472-495.
- Flett, G. L., P. L. Hewitt et J. M. Oliver. 2002. «Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis». In *Perfectionism: Theory, research and treatment*, G. L. Flett et P. L. Hewitt, p. 89-132. Washington, DC: American Psychological Association.
- Foucart, T. 2006. «Colinéarité et régression linéaire». *Mathématiques et Sciences Humaines*, vol. 44, no 173, p. 5-25.

- Freudenstein, O., A. Valevski, A. Apter, A. Zohar, G. Shoval, E. Nahshoni, A. Weizman et G. Zalsman. 2012. «Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients». *Comprehensive Psychiatry*, vol. 53, p. 746-752.
- Frost, R. O., C. M. Lahart et R. Rosenblate. 1991. «The development of perfectionism: A study of daughters and their parents». *Cognitive Therapy and Research*, vol. 15, p. 469-489.
- Garcia-Villamizar, D., J. Dattilo et A. Del Pozo. 2012. «Depressive mood, eating disorder symptoms, and perfectionism in female college students: A mediation analysis». *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, vol. 20, p. 60-72.
- Gardner, R. M., K. Stark, B. M. Friedman et N. A. Jackson. 2000. «Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: a longitudinal study». *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 49, p. 199-205.
- Garner, D. M., M. P. Olmstead et J. Polivy. 1983. «Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 2, p. 15-34.
- Garner, D. M., M. P. Olmsted, Y. Bohr et P. Garfinkel. 1982. «The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates». *Psychological Medicine*, vol. 12, p. 871-878.
- Gladu, F-P. 2007. «La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec: Peux-t-on y remédier?». *Canadian Family Physician*, vol. 53, p. 1871-1873.
- Gleason, J. H., A. M. Alexander et C. L. Somers. 2000. «Later adolescents' reactions to three types of childhood teasing: Relations with self-esteem and body image». *Social Behavior and Personality*, vol. 28, p. 471-480.
- Goodman, R., T. Ford, H. Richards, R. Gatward et H. Meltzer. 2000. «The development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 41, p. 645-656.
- Goodrick, G. K., V. R. Pendleton, K. T. Kimball, W. S. C. Poston, R. S. Reeves et J. P. Foreyt. 1999. «Binge eating severity, self-concept, dieting self-efficacy and social support during treatment of binge eating disorder». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 26, p. 295-300.

- Gouvernement du Québec. 2013. «Loi sur l'Instruction publique». En ligne.  
 <[http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I\\_13\\_3/I13\\_3.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/I_13_3/I13_3.html)>. Consulté le 15 juillet 2013.
- Gowers, S. G. 2008. «Management of eating disorders in children and adolescents». *Archives of Disease in Childhood*, vol. 93, p. 331-334.
- Gralen, S. J., M. P. Levine, L. Smolak et S. K. Murnen. 1990. «Dieting and disordered eating during early and middle adolescence: Do the influences remain the same?». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 9, p. 501-512.
- Grégoire, S., T. Bouffard et L. Cardinal. 2000. «Le sentiment d'efficacité personnelle et la transition de carrière». *Revue québécoise de psychologie*, vol. 21, no 3, p. 93-109.
- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. 2013. «Primary and secondary prevention of overweight/obesity in children and youth». En ligne.  
 <<http://canadiantaskforce.ca/files/guidelines/2015-obesity-children-protocol-en.pdf>>. Consulté le 29 novembre 2014.
- Gwaltney, C. J., J. Metrik, C. W. Kahler et S. Shiffman. 2009. «Self-Efficacy and Smoking Cessation: A Meta-Analysis». *Psychology of addictive behaviors*, vol. 23, p. 56-66.
- Haines, J., P. J. Hannan, P. van den Berg, M. E. Eisenberg et D. Neumark-Sztainer. 2013. «Weight-related teasing from adolescence to young adulthood: Longitudinal and secular trends between 1999 and 2010». *Obesity*, vol. 000, p. 000-000.
- Haines, J., et D. Neumark-Sztainer. 2006. «Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors». *Health Education Research*, vol. 21.
- Haines, J., D. Neumark-Sztainer, M. E. Eisenberg et P. J. Hannan. 2006. «Weight teasing and disordered eating behaviors in adolescents: longitudinal findings from Project EAT (Eating Among Teens)». *Pediatrics*, vol. 117, p. e209-e215.
- Halmi, K. A., D. Bellace, S. Berthod, S. Ghosh, W. Berrettini, H. A. Brandt, C. M. Bulik, S. Crawford, M. M. Fichter, C. L. Johnson, A. Kaplan, W. H. Kaye, L. Thornton, J. Treasure, Blake W. D. et M. Strober. 2012. «An examination of

- early childhood perfectionism across anorexia nervosa subtypes». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 45, p. 800-807.
- Hamilton, J. D. 2007. «Eating disorders in preadolescent children». *The Nurse Practitioner*, vol. 32, no 3, p. 44-48.
- Hart, B. A., F. H. Gilner, P. Handal et J. D. Gfeller. 1998. «The relationship between perfectionism and self-efficacy». *Personality and Individual Differences*, vol. 24, p. 109-113.
- Hayden-Wade, H. A., R. I. Stein, A. Ghaderi, B. E. Saelens, M. F. Zabinski et D. E. Wilfley. 2005. «Prevalence, characteristics, and correlates of teasing experiences among overweight children vs. non-overweight peers». *Obesity Research*, vol. 13, p. 1381-1392.
- Jackson, T. D., C. M. Grilo et R. M. Masheb. 2000. «Teasing history, onset of obesity, current eating disorder psychopathology, body dissatisfaction, and psychological functioning in binge eating disorder». *Obesity Research*, vol. 8, p. 451-458.
- Jacobi, C., S. W. Agras et L. Hammer. 2001. «Predicting children's reported eating disturbances at 8 years of age». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, p. 364-372.
- Jacobi, C., C. Hayward, M. de Zwaan, H. C Kraemer et W. S. Agras. 2004. «Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy». *Psychological Bulletin*, vol. 130, p. 19-65.
- Jacobi, C., G. Schmitz et S. W. Agras. 2008a. «Is Picky Eating an Eating Disorder?». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 41, no 626-634.
- Jacobi, C., G. Schmitz et W. S. Agras. 2008b. «Interactions between disturbed eating and weight in children and their mothers». *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, vol. 29, p. 360-366.
- Jaffe, A. C., et L. T. Singer. 1989. «Atypical eating disorders in young children». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 8, p. 575-582.
- Jensen, C. D., et R. G. Steele. 2010. «Validation of the Perceptions of Teasing Scale (POTS) in a preadolescent sample: Associations with attitudes toward physical activity». *Children's Health Care*, vol. 39, p. 249-265.



- Jensen, C. D., et R. G. Steele. 2012. «Longitudinal associations between teasing and health-related quality of life among treatment-seeking overweight and obese youth». *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 37, p. 438-447.
- Joergensen, J. 1992. «The epidemiology of eating disorders in Fyn County, Denmark, 1977-1986». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 85, p. 30-34.
- Katzman, D. K., N. H. Golden, D. Neumark-Sztainer, J. Yager et M. Strober. 2000. «From prevention to prognosis: clinical research update on adolescent eating disorders». *Pediatric Research*, vol. 47, p. 709-712.
- Keca, J., et C. Cook-Cottone. 2005. «Eating disorders: prevention is worth every ounce». *Counseling 101*, vol. 5, no 9, p. 11-15.
- Keel, P. K., J. A. Fulkerson et G. R. Leon. 1997. «Disordered eating precursors in pre- and early adolescent girls and boys». *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 26, p. 203-216.
- Keery, H., K. Boutelle, P. van den Berg et J. K. Thompson. 2005. «The impact of appearance-related teasing by family members». *Journal of Adolescent Health*, vol. 37, p. 120-127.
- Kenneth, G R, et K. J Preusser. 2002. «The Adaptative/Maladaptive Perfectionism Scale». *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, vol. 34, p. 210-222.
- Killen, J. D., B. Taylor, C. Hayward, K. F. Haydel, D. M. Wilson, L. Hammer, H. C Kraemer, A. Blair-Greiner et D. Strachoski. 1996. «Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 64, p. 936-940.
- Killen, J. D., C. B. Taylor, C. Hayward, D. M. Wilson, K. F. Haydel, L. D. Hammer, B. Simmonds, T. N. Robinson, I. Litt et A. Varady. 1994. «Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: a three-year prospective analysis». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 16, p. 227-238.
- Kim, Y., S. Y Heo, H. Kang, K. J Song et J Treasure. 2010. «Childhood risk factors in Korean women with anorexia nervosa: two sets of case-control studies with retrospective comparisons». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 43, p. 589-595.



- Klump, K. L. 2013. «Puberty as a critical risk period for eating disorders: A review of human and animal studies». *Hormones and Behavior*, vol. 64, p. 339-410.
- Kotler, L. A., P. Cohen, M. Davies, D. S. Pine et T. Walsh. 2001. «Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, p. 1434-1440.
- Lahaye, M, O Luminet, N Van Broeck, E Bodart et M Mikolajczak. 2010. «Psychometric properties of the emotion awareness questionnaire for children in a french-speaking population». *Journal of Personality Assessment*, vol. 92, p. 317-326.
- Lamontagne, P., et D. Hamel. 2009. «Le poids corporel chez les enfants et adolescents du Québec : de 1978 à 2005». En ligne.  
[<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/936\\_PoidsEnfant1978-2005.pdf>](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/936_PoidsEnfant1978-2005.pdf) .  
 Consulté le 15 juillet 2013.
- Lantzouni, E., G. R. Frank, N. H. Golden et R. I. Shenker. 2002. «Reversibility of growth stunting in early onset anorexia nervosa: A prospective study». *Journal of Adolescent Health*, vol. 31, p. 162-165.
- le Grange, D., et K. L. Loeb. 2007. «Early identification and treatment of eating disorders: prodrome to syndrome». *Early Interv Psychiatry*, vol. 1, p. 27-39.
- Leslie, E, N. Owen, J. Salmon, A. Bauman, J. F. Sallis et S. Kai. 1999. «Insufficiently active australian college students: Perceived personal, social, and environmental influences». *Preventive Medicine*, vol. 28, p. 20-27.
- Levine, M. P., L. Smolak et H. Hayden. 1994. «The relation of sociocultural factors to eating attitudes and behaviors among middle school girls». *The Journal of Early Adolescence*, vol. 14, p. 471-490.
- Libbey, H. P., M. T. Story, D. R. Neumark-Sztainer et K. N. Boutelle. 2008. «Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents». *Obesity*, vol. 16, p. S24-S29.
- Linde, J. A., A. J. Rothman, A. S. Baldwin et R. W. Jeffrey. 2006. «The impact of self-efficacy on behavior change and weight change among overweight participants in a weight loss trial». *Health psychology*, vol. 25, p. 282-291.
- Littleton, H. L., et T. Ollendick. 2003. «Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: What places youth at risk and how can

these problems be prevented?». *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 6, p. 51-66.

Lobstein, T., L. Baur et R. Uauy. 2004. «Obesity in children and young people: a crisis in public health». *Obesity Reviews*, vol. 5 (Suppl. 1), p. 4-85.

Lopez-Guimera, G., J. Fauquet, D. Sanchez-Carracedo, J. R. Barrada, C. Saldana et A. Masnou-Roig. 2012. «Psychometric properties of the Perception of Teasing Scale in a Spanish adolescent sample: POTS-S». *Eating and Weight Disorders*, vol. 17, p. e210-e218.

Lunner, K., E. H. Werthem, J. K. Thompson, S. J. Paxton, F. McDonald et K. S. Halvaarson. 2000. «A cross-cultural examination of weight-related teasing, body image, and eating disturbance in Swedish and Australian samples». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 28, p. 430-435.

Lynch, W. C., D. P. Heil, E. Wagner et M. D. Havens. 2007. «Ethnic differences in BMI, weight concerns, and eating behaviors: comparison of Native American, White, and Hispanic adolescents». *Body image*, vol. 4, p. 179-190.

Madden, S., A. Morris, Y. A. Zurynski, M. Kohn et E. J. Elliot. 2009. «Burden of eating disorders in 5-13-year-old children in Australia». *Medical Journal of Australia*, vol. 190, p. 410-414.

Maloney, M. J., J. McGuire, S. R. Daniels et Specker Bonny, B. 1989. «Dieting behavior and eating attitudes in children». *Pediatrics*, vol. 84, p. 482-489.

Maloney, M. J., J.B. McGuire et S. R. Daniels. 1988. «Reliability testing a children's version of the eating attitude test». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 27, p. 541-543.

McCormack, L. A., M. N. Laska, C. Gray, S. Veblen-Mortenson, D. Barr-Anderson et M. Story. 2011. «Weight-related teasing in a racially diverse sample of sixth-grade children». *Journal of the American Dietetic Association*, vol. 111, p. 431-436.

McCusker, J., D. Roberge, J-F. Levesque, A. Ciampi, A. Vadeboncoeur, D. Larouche et S. Sanche. 2010. «Utilisation des soins de première ligne et de l'urgence parmi les adultes du Québec: résultats de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.». En ligne.

<[http://www.smhc.ca/ignitionweb/data/media\\_centre\\_files/424/CCHS\\_report\\_Dec%201st%20FR.pdf](http://www.smhc.ca/ignitionweb/data/media_centre_files/424/CCHS_report_Dec%201st%20FR.pdf)>. Consulté le 15 juillet 2013.

- McLaren, L., D. Kuh, R. Hardy et L. Gauvin. 2004. «Positive and negative body-related comments and their relationship with body dissatisfaction in middle-aged women». *Psychology & Health*, vol. 19, p. 261-272.
- McVey, G. L., C. Adair, J. deGroot, L. McLaren, R. Plotnikoff et K. Gray-Donald. 2007. «Obesity and eating disorders: Seeking common ground to promote health ». En ligne. <[http://www.ocoped.ca/DNN/PDF/Obesity\\_eating\\_disorders\\_2007.pdf](http://www.ocoped.ca/DNN/PDF/Obesity_eating_disorders_2007.pdf)>. Consulté le 15 juillet 2013.
- McVey, G. L., E. A. Davis, S. Tweed et B. F. Shaw. 2004. «Evaluation of a school-based program designed to improve body image satisfaction, global self-esteem, and eating attitudes and behaviors: A replication study». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 36, p. 1-11.
- McVey, G. L., D. Pepler, R. Davis, G. L. Flett et M. Abdoell. 2002. «Risk and protective factors associated with disordered eating during early adolescence». *The Journal of Early Adolescence*, vol. 22, no 75-95.
- Mehlenbeck, R., M. Katzow, T. Roesler, J. Nassau et P. High. 2005. «Food refusal in school age children: Atypical eating disorder vs. early-onset anorexia». *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, vol. 26, p. 460-461.
- Mooney, A., R. Creeser, P. Blatchford et T. Coram. 1991. «Children's view on teasing and fighting junior schools». *Educational Research*, vol. 33, p. 103-112.
- National Association of School Psychologists. 2009. «Children and perfectionism». En ligne. <[http://school-counselors.pwcs.mountainview.schoolfusion.us/modules/locker/files/get\\_group\\_file.phtml?fid=4743078&gid=805437](http://school-counselors.pwcs.mountainview.schoolfusion.us/modules/locker/files/get_group_file.phtml?fid=4743078&gid=805437)>. Consulté le 15 juillet 2013.
- National Association of School Psychologists. 2010. «Self-efficacy: Helping children believe they can succeed». *Communiqué*, vol. 39, no 3, p. 1-4.
- National Eating Disorder Information Centre. 2003. «The skinny on the war on fat». En ligne. <[http://www.nedic.ca/whatsnew/press-release\\_3.shtml](http://www.nedic.ca/whatsnew/press-release_3.shtml)>. Consulté le 15 juillet 2013.
- National Eating Disorders Association (n.d). Who we are En ligne. <<http://www.nationaleatingdisorders.org/who-we-are>>.

- National Eating Disorders Association. nd-a. «Coach & athletic trainer Toolkit». En ligne.  
<http://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/Toolkits/CoachandTrainerToolkit.pdf>. Consulté le 8 avril 2014.
- National Eating Disorders Association. nd-b. «Educator toolkit». En ligne.  
<http://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/Toolkits/EducatorToolkit.pdf>. Consulté le 8 avril 2014.
- National Eating Disorders Association. nd-c. «Parent toolkit». En ligne.  
<http://www.nationaleatingdisorders.org/sites/default/files/Toolkits/ParentToolkit.pdf>. Consulté le 8 avril 2014.
- Neumark-Sztainer, D., N. Falkner, M. Story, C. Perry, P. J. Hannan et S. Mulert. 2002. «Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors». *International Journal of Obesity*, vol. 26, p. 123-131.
- Neumark-Sztainer, D., M. Wall, M. Story et N. E. Sherwood. 2009. «Five-year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: Implications for prevention and treatment». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 42, p. 664-672.
- Nicholls, D. , et R. M. Viner. 2009. «Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a National Birth Cohort». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 48.
- Nicholls, D. E., R. Lynn et R. M. Viner. 2011. «Childhood eating disorders: British national surveillance study». *British Journal of Psychiatry*, vol. 198, p. 295-301.
- Nicholls, D., J. C. Wells, A. Singhal et R. Stanhope. 2002. «Body composition in early onset eating disorders». *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 56, p. 857-865.
- Nobel, R., K. Manassis et P. Wilansky-Traynor. 2012. «The role of perfectionism in relation to an intervention to reduce anxious and depressive symptoms in children». *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, vol. 30, p. 77-90.
- Parkinson, K. N., R. F. Drewett, A. S. Le Couteur, A. J. Adamson et Gateshead Millennium Study core team. 2012. «Earlier predictors of eating disorder

- symptoms in 9-year-old children. A longitudinal study». *Appetite*, vol. 59, p. 161-167.
- Peebles, R., J. L. Wilson et J. D. Lock. 2006. «How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation?». *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, p. 800-805.
- Pinhas, L., A. Morris, R. D. Crosby et D. K. Katzman. 2011. «Incidence and age-specific presentation of restrictive eating disorders in children: A Canadian Paediatric Surveillance Program study». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 165, p. 895-899.
- Pinto, A. M., A. S. Guarda, L. J. Heinberg et C. C. Diclemente. 2006. «Development of the Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 39, p. 376-384.
- Pinto, A. M., L. J. Heinberg, J. W. Coughlin, J. L. Fava et A. S. Guarda. 2008. «The Eating Disorder Recovery Self-Efficacy Questionnaire (EDRSQ): Change with treatment and prediction of outcome». *Eating behaviors*, vol. 9, p. 143-153.
- Presnell, K., J. Pells, A. Stout et G. Musante. 2008. «Sex differences in the relation of weight loss self-efficacy, binge eating, and depressive symptoms to weight loss success in a residential obesity treatment program». *Eating behaviors*, vol. 9, p. 170-180.
- Quick, Virginia M., R. McWilliams et C. Byrd-Bredbenner. 2013. «Fatty, fatty, two-by-four: Weight-teasing history and disturbed eating in young adult women». *American Journal of Public Health*, vol. 103, no 3, p. 508-515.
- Robinson, A. L., A. Boachie et G. A. Lafrance. 2012. «Assessment and treatment of pediatric eating disorders: A survey of physicians and psychologists». *Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 21, p. 45-52.
- Robinson, A. L., E. Strahan, L. Girz, A. Wilson et A. Boachie. 2013. «'I know I can help you': Parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family-based therapy for eating disorders». *European Eating Disorders Review*, vol. 21, p. 108-114.
- Roohafza, H., H. Afshar, M. Sadeghi, B. Soleymani, A. Saadaty, M. Matinpour et G. Asadollahi. 2010. «The relationship between perfectionism and academic achievement, depression and anxiety». *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, vol. 4, no 2, p. 31-36.

- Rosen, D. S. 2003. «Eating disorders in children and young adolescents: Etiology, classification, clinical features, and treatment». *Adolescent Medicine*, vol. 14, no 1, p. 1-11.
- Rosen, D. S., et Committee on Adolescence. 2010. «Identification and management of eating disorders in children and adolescents». *Pediatrics*, vol. 126, p. 1240-1253.
- Rosenberger, P. H., K. E. Henderson, R. L. Bell et C. M. Grilo. 2007. «Associations of weight-based teasing history and current eating disorder features and psychological functioning in bariatric surgery patients». *Obesity Surgery*, vol. 17, p. 470-477.
- Sancho, C., M. V. Arija, O. Asorey et J. Canals. 2007. «Epidemiology of eating disorders: A two year follow up in an early adolescent school population». *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 16, p. 495-504.
- Sancho, C., O. Asorey, V. Arija et J. Canals. 2005. «Psychometric characteristics of the Children's Eating Attitudes Test in a Spanish sample». *European Eating Disorders Review*, vol. 13, p. 338-343.
- Santé publique Canada. 2011. «La prévention de l'intimidation à l'école». En ligne. <<http://www.publicsafety.gc.ca/res/cp/res/bully-fra.aspx>>. Consulté le 15 juillet 2013.
- Schlundt, D. G., et R. T. Zimering. 1988. «The Dieter's Inventory of Eating Temptations: A measure of weight control competence». *Addictive Behaviors*, vol. 13, p. 151-164.
- Scholtz, S., L. S. Hill et H. Lacey. 2010. «Eating disorders in older women: Does late onset anorexia nervosa exist?». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 43, p. 393-397.
- Schur, E. A., M. Sanders et H. Steiner. 2000. «Body dissatisfaction and dieting in young children». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 27, p. 74-82.
- Seidah, A., T. Bouffard et C. Vezeau. 2002. «La mesure du perfectionnisme: validation canadienne française du Positive and Negative Perfectionism Scale». *Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 34, no 3, p. 168-171.



- Senécal, C. 2010. «Validation d'une échelle d'attitudes alimentaires pour enfant auprès d'une population francophone». Unpublished doctoral dissertation, Montréal, Université du Québec à Montréal, 97 p.
- Shafran, R., Z. Cooper et C. G. Fairburn. 2002. «Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 40, p. 773-791.
- Shamsaldini, A, M. Z Bahri et A Yaghoubi. 2014. «Correlation between dimensions of perfectionism and defense mechanisms with narcissism in students of islamic Azad University-Tonekabon Branch». *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, vol. 3, p. 849-859.
- Shapiro, J. P., R. F. Baumeister et J. W. Kessler. 1991. «A three-component model of children's teasing: Aggression, humor, and ambiguity». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 10, p. 459-472.
- Sherer, M., J. E. Maddux, B. Mercandante, S. Prentice-Dunn, B. Jacobs et R. W. Rogers. 1982. «The Self-Efficacy Scale: Construction and validation». *Psychological Reports*, vol. 51, p. 663-671.
- Sherwood, N. E., B. M. Beech, L. M. Klesges, M. Story, J. Killen, T. McDonald, T. N. Robinson, C. Pratt, A. Zhou, K. Cullen et J. Baranowski. 2004. «Measurement characteristics of weight concern and dieting measures in 8-10-year-old African-American girls from GEMS pilot studies». *Preventive Medicine*, vol. 38, p. 50-59.
- Shisslak, C. M., M. Crago, K. M. McKnight, L. S. Estes, N. Gray et O. G. Parnaby. 1998. «Potential risk factors associated with weight control behaviors in elementary and middle school girls». *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 44, p. 301-313.
- Shisslak, C. M., R. Renger, T. Sharpe, M. Crago, K. M. McKnight, N. Gray, S. Bryson, L. S. Estes, O. G. Parnaby, J. Killen et Taylor. C. B. 1999. «Development and evaluation of the McKnight Risk Factor Survey for assessing potential risk and protective factors for disordered eating in preadolescent and adolescent girls ». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 25, p. 195-214.
- Smith, M. C., et M. H. Thelen. 1984. «Development and validation of a test for bulimia». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 52, p. 863-872.



- Smolak, L., et M. P. Levine. 1994. «Psychometric properties of the Children's Eating Attitude Test». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 16, p. 275-282.
- Southgate, L., K. Tchanturia, D. Collier et J. Treasure. 2008. «The development of the childhood retrospective perfectionism questionnaire (CHIRP) in an eating disorder sample». *European Eating Disorders Review*, vol. 16, p. 451-462.
- Stice, E. 2002. «Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review». *Psychological Bulletin*, vol. 128, no 825-848.
- Stice, E., H. Shaw et C. N. Marti. 2007. «A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: encouraging findings». *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 3, p. 207-231.
- Storch, E. A., D. A. Roth, M. E. Coles, R. G. Heimberg, E. A. Bravata et J. Moser. 2004. «The measurement and impact of childhood teasing in a sample of young adults». *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 18, p. 681-694.
- Strecher, V. J., B. M. DeVellis, M. H. Becker et B. I. Rosenstock. 1986. «The role of self-efficacy in achieving health behavior change». *Health Education Quarterly*, vol. 13, p. 73-92.
- Stunkard, A. J., et S. Messick. 1985. «The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger». *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 29, p. 71-83.
- Suisman, J. L., J. D. Slane, S. A. Burt et K. L. Klump. 2008. «Negative affect as a mediator of the relationship between weight-based teasing and binge eating in adolescent girls». *Eating behaviors*, vol. 9, p. 493-496.
- Swanson, S. A., S. J. Crow, D. Le Grange, J. Swendsen et K. R. Merikangas. 2011. «Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. Results from the national comorbidity survey replication adolescent supplement». *Archives of General Psychiatry*, vol. 68, p. 714-723.
- Tafarodi, R. W., et A. B. Milne. 2002. «Decomposing global self-esteem». *Journal of personality*, vol. 70, p. 443-483.
- Taylor, C. B., S. Bryson, A. A. C. Doyle, K. H. Luce, D. Cunning, L. B. Abascal, R. Rockwell, A. E. Field, R. Striegel-Moore, A. J. Winzelberg et D. E. Wilfley. 2006. «The adverse effect of negative comments about weight and shape from

- family and siblings on women at high risk for eating disorders». *Pediatrics*, vol. 118, p. 731-738.
- Terry-Short, L. A., R. G. Owens, P. D. Slade et M. E. Dewey. 1995a. «Positive and negative perfectionism». *Personality and Individual Differences*, vol. 18, p. 663-668.
- Terry-Short, L. A., R. G. Owens, P. D. Slade et M. E. Dewey. 1995b. «Positive and negative perfectionism». *Personality and Individual Differences*, vol. 18, p. 663-668.
- Thelen, M. H., J. Farmer, S. Wonderlich et M. Smith. 1991. «A revision of the Bulimia Test: The BULIT-R». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 3, p. 119-124.
- Theuwis, L., E. Moens et C. Braet. 2010. «Psychometric quality of the Dutch version of the Children's Eating Attitude Test in a community sample and a sample of overweight youngsters». *Psychologica Belgica*, vol. 49, p. 311-330.
- Thompson, J. K., J. Cattarin, B. Fowler et E. Fisher. 1995a. «The Perception of Teasing Scale (POTS): a revision and extension of the Physical Appearance Related Teasing Scale (PARTS)». *Journal of Personality Assessment*, vol. 65, p. 146-157.
- Thompson, J. K., M. D. Covert, K. J. Richards, S. Johnson et J. Cattarin. 1995b. «Development of body image, eating disturbance, and general psychological functioning in female adolescents: covariance structure modeling and longitudinal investigations». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 18, p. 221-236.
- Thompson, J. K., L. J. Fabian, D. O. Moulton, M. E. Dunn et M. N. Altabe. 1991. «Development and validation of the Physical Appearance Related Teasing Scale». *Journal of Personality Assessment*, vol. 56, p. 513-521.
- Tissot, A. M., et J. H. Crowther. 2008. «Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Risk factors within an integrative model for bulimic symptomatology». *Journal of Social and Clinical Psychology*, vol. 27, p. 734-755.
- Tremblay, L., et M. Lariviere. 2009. «The influence of puberty onset, body mass index, and pressure to be thin on disordered eating behaviors in children and adolescents». *Eating behaviors*, vol. 10, p. 75-83.

- Tribole, E., et E. Resch. 2012. *Intuitive eating*. New York: St. Martin's Griffin, 369 p.
- Trost, S. G., R. R. Pate, D. S. Ward, R. Sautners et W. Riner. 1999. «Correlates of objectively measured physical activity in preadolescent youth». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 17, p. 120-126.
- Trumpeter, N, P. J Watson et B. J O'Leary. 2006. «Factors within Multidimensional Perfectionism Scales: Complexity of relationships with self-esteem, narcissism, self-control, and self-criticism». *Personality and Individual Differences*, vol. 41, p. 849-860.
- Tryka, A. R., I. Wladron, J. A. Graber et J. Brooks-Gunn. 2002. «Prospective predictors of the onset of anorexic and bulimic syndromes». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 32, p. 282-290.
- Tunner, J. M., M. K. Bulsara, B. M. McDermott, G. C. Byrne, R. L. Prince et D. A. Forbes. 2001. «Predictors of low bone density in young adolescent females with anorexia nervosa and other dieting disorders». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 30, p. 245-251.
- Turgeon, M-E., J. Forget et J. Bégin. 2012. *Behaviors and attitudes in children with eating disorders: International Conference on Eating Disorders* (Texas, May 3-5, 2012).
- Turgeon, M.-E., J. Forget et C. Senécal. 2011. «Troubles des conduites alimentaires, dépression, estime de soi et perfectionnisme chez les enfants». *Pratiques Psychologiques*, vol. 17, p. 315-328.
- Vallerand, R. J. 1989. «Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques: Implications pour la recherche en langue française». *Psychologie canadienne*, vol. 30, no 4, p. 662-680.
- Valutis, S. A., A. J. Goreczny, L. Abdullah, E. Magee et J. A. Wister. 2009. «Weight preoccupation, body image dissatisfaction, and self-efficacy in female undergraduates». *Journal of Psychiatry, Psychology and Mental Health*, vol. 3, no 1, p. 1-11.
- van den Berg, P., D. Neumark-Sztainer, M. E. Eisenberg et J. Haines. 2008. «Racial/ethnic differences in weight-related teasing in adolescents». *Obesity*, vol. 16, no 2, p. S3-10.

- Wagner, S., K. A. Halmi et T. V. Maguire. 1987. «The sense of personal ineffectiveness in patients with eating disorders: One construct or several?». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 6, p. 495-505.
- Wertheim, E. H., J. Koerner et S. J. Paxton. 2001. «Longitudinal predictors of restrictive eating and bulimic tendencies in three different age groups of adolescent girls». *Journal of Youth and Adolescence*, vol. 30, p. 69-81.
- Westerberg, J., B. Edlund et A. Ghaderi. 2008. «A 2 year longitudinal study of eating attitudes, BMI, perfectionism, asceticism and family climate in adolescent girls and their parents». *Eating Weight Disorders*, vol. 13, p. 64-72.
- Wichstrom, L. 2000. «Psychological and behavioral factors unproductive of disordered eating: a prospective study of the general adolescent population in Norway». *The International Journal of Eating Disorders*, vol. 28, p. 33-42.
- Wilksch, S. M., M. R. Durbridge et T. D. Wade. 2008. «A preliminary controlled comparison of programs designed to reduce risk of eating disorders targeting perfectionism and media literacy». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 47, p. 937-947.
- Wojtowicz, A., et K. Von Ranson. 2012. «Weighing in on risk factors for body dissatisfaction: a one-year prospective study of middle-adolescent girls». *Body image*, vol. 9, p. 20-30.
- Working group of the Clinical Practice Guideline for Eating Disorders, et Clinical Practice Guideline for Eating Disorders. 2009. «Clinical practice guideline for eating disorders». En ligne.  
[http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cpg\\_eating\\_disorders\\_cah2009.pdf](http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/cpg_eating_disorders_cah2009.pdf). Consulté le 15 juillet 2013.
- World Health Organization. 2003. «Obesity and overweight». En ligne.  
[http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs\\_obesity.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/gs_obesity.pdf). Consulté le 15 juillet 2013.
- Yager, Z., et J. A. O'Dea. 2008. «Prevention programs for body image and eating disorders on University campuses: a review of large, controlled interventions». *Health Promotion International*, vol. 23, p. 173-189.
- Yenason, M. A. K. 2001. «Self-efficacy as a predictor of binge eating and purging in bulimia nervosa: The mediating influence of outcome expectancies». Thèse de doctorat, Pennsylvania, Marywood University, 131 p.

- Yeo, M., et E. Hughes. 2011. «Eating disorders: Early identification in general practice». *Australian Family Physician*, vol. 40, p. 108-111.
- Young, J. E, J. S Klosko et M. E Weishaar. 2005. *La thérapie des schémas: Approche cognitive des troubles de la personnalité*: The Guilford Press, 575 p.
- Zamora, S. A, et D. C Bell. 2000. «Déficit de croissance et malnutrition». *Revue Médicale Suisse*, no 2288, p. 1-8.
- Zhao, Y., et W. Encinosa. 2011. «An update on hospitalizations for eating disorders, 1999 to 2009». En ligne. <<http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb120.pdf>>. Consulté le 15 juillet 2013.